

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

Dissertação

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NUTRISUS: A EXPERIÊNCIA DE QUEM
FEZ**

Gabriele Caldas de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Daniel Henrique Bandoni

Santos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NUTRISUS: A EXPERIÊNCIA DE QUEM
FEZ**

Gabriele Caldas de Oliveira

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – *Campus* Baixada
Santista, para obtenção do título de
Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Henrique
Bandoni

Santos

2017

O482i

Oliveira, Gabriele Caldas de, 1992-
**Implementação da estratégia NutriSUS: a
experiência de quem fez.** / Gabriele Caldas de Oliveira;
Orientador: Prof. Dr. Daniel Henrique Bandoni. – Santos,
2017.

77 f.: il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-
graduação Alimentos Nutrição e Saúde, 2017.

Implementation of the NutriSUS Strategy: the
experience of those who did.

1. Política de nutrição e alimentação. 2. Creches. 3.
Anemia ferropriva. 4. Avaliação de programas. 5. Ferro. I.
Bandoni, Daniel Henrique, Orientador. II. Título.

CDD 613.2

Gabriele Caldas de Oliveira

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NUTRISUS: A EXPERIÊNCIA DE QUEM
FEZ**

PRESIDENTE DA BANCA

Prof. Dr. Daniel Henrique Bandoni
Universidade Federal de São Paulo

BANCA EXAMINADORA

Daniela Silva Canella
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Renata Doratioto Albano
Universidade Católica de Santos

Maria Angélica Tavares de Medeiros
Universidade Federal de São Paulo

Juarez Pereira Furtado
Universidade Federal de São Paulo

Aprovada em: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Elizete e Wilson, pelo brilho nos olhos que sempre tiveram por mim e que me fez buscar merecê-lo todos os dias.

AGRADECIMENTOS

No resultado do mestrado está grande parte do que o pesquisador é ou passa a ser a partir de um sincretismo constituído por pessoas e oportunidades.

Agradeço à Deus por me guiar na incessante busca por ser o melhor que posso para mim e para todos a minha volta.

Aos meus pais, por serem meus maiores fãs e acreditarem, mesmo antes de mim, que sou capaz de fazer o que quiser. Obrigada por estarem ao meu lado quando eu precisei de apoio e não me cobrarem quando a necessidade era espaço para construção.

Ao meu companheiro, que acompanhou cada dia desse processo ao meu lado, incentivando a busca pelo melhor de mim e oferecendo luz quando foi necessário.

À toda a minha família, aos que compreendem ou não todo esse processo, mas que de qualquer forma não deixaram que minha ausência pudesse interferir no afeto.

Aos meus amigos da vida que, estando ou não em meu dia-a-dia, fizeram parte da base que me manteve segura e feliz, mesmo quando era difícil fazer isso sozinha.

Às amigas que construí nesse caminho, que se tornaram meus braços direito, esquerdo e cabeça, mas em especial, à cabeça, que me fez mais confiante e orgulhosa de mim.

Ao meu orientador, por ser um guia com experiência e positividade e por confiar no meu trabalho.

Aos municípios participantes da pesquisa e às equipes das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde de cada um, pela autorização e disposição de contribuir para este estudo.

Aos membros da banca de qualificação, Daniela Canella e Renata Albano pelas contribuições para um melhor desenvolvimento do trabalho. E às mesmas em conjunto à Maria Angélica Medeiros, por aceitarem compor a banca de defesa.

À Universidade Federal de São Paulo pela construção da pesquisadora que me transformei a partir dos ensinamentos que nos fazem buscar além do que os livros podem oferecer.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por apoiar o estudo com a bolsa concedida no decorrer do mestrado.

RESUMO

Entre as causas de anemia em mulheres e crianças no mundo, aproximadamente 50% e 42% respectivamente estão relacionadas à deficiência de ferro, podendo variar de acordo com a região. Crianças entre os 6-24 meses passam a necessitar de fontes de ferro adicionais advindas da alimentação para suprir a demanda devido ao intenso crescimento nessa faixa etária. Quando há consumo insuficiente de alimentos-fonte de ferro e/ou de baixa biodisponibilidade aumenta o risco para a ocorrência de anemia por deficiência de ferro. As intervenções com micronutrientes em pó (MNP) trazem uma alternativa para a adição de ferro e outros micronutrientes na nutrição infantil permitindo a fortificação de qualquer alimento semissólido em diversos locais. A partir de 2014 o Programa Saúde na Escola (PSE) incorpora a Estratégia NutriSUS: fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó como uma de suas ações e passa a ser implementada em Unidades de Educação Infantil (UEI) do Brasil para crianças na faixa etária de 6 a 48 meses. Em políticas públicas, a avaliação da etapa de implementação é uma importante ferramenta que permite transformação e aprendizado da política e *stakeholders* de modo a trazer benefícios para a sociedade. O presente estudo tem como objetivo avaliar a experiência de implementação da Estratégia NutriSUS: fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó nas Unidades de Educação Infantil da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). Trata-se de um estudo transversal realizado nos municípios que implementaram a Estratégia NutriSUS no ano de 2015 na RMBS. A amostra do estudo foi constituída por 23 UEI de dois municípios da região. Os instrumentos para a coleta de dados foram quatro questionários direcionados para os responsáveis pela Estratégia na Secretaria de Educação e de Saúde de cada município e para os gestores de unidade e funcionários responsáveis pela administração do sachê de cada UEI. Também foram produzidos diários de campo após cada entrevista realizada. A análise dos dados qualitativos foi feita por meio da análise de conteúdo temática e dos dados quantitativos por meio da frequência para descrever a amostra e as respostas das questões fechadas. Com a avaliação foi possível identificar que a implementação da Estratégia NutriSUS na RMBS foi considerada uma experiência negativa pelos implementadores. Duas questões foram importantes influenciadoras das considerações negativas quanto a essa experiência: a falta de intersetorialidade e a comunicação malsucedida para a introdução da Estratégia. Não houve um trabalho de sensibilização e comunicação efetivo para a introdução da Estratégia NutriSUS e a intersetorialidade prevista na formulação da ação não foi efetuada em sua implementação. Identificou-se compreensão das necessidades nutricionais específicas da faixa etária do público alvo, porém mantinham-se dúvidas quanto à fortificação com micronutrientes em pó. A avaliação dessa experiência de implementação construiu hipóteses sobre a recepção e construção da Estratégia NutriSUS pelos implementadores da RMBS e oferece ferramentas para o desenvolvimento dessa política pública, além de servir como fundação para novas avaliações.

Palavras-chave: política de nutrição e alimentação, creches, anemia ferropriva, avaliação de programas, ferro.

ABSTRACT

Among the causes of anemia in women and children in the world, approximately 50% and 42% respectively are related to iron deficiency and may vary depending on the region. Children between the 6-24 months need additional iron sources coming from the food supply to meet the demand due to the intense growth in this age range. When there are insufficient consumption of food source of iron and/or low bioavailability increases the risk to the occurrence of iron deficiency anemia. Interventions with micronutrient powder (MNP) bring an alternative to the addition of iron and other micronutrients in infant nutrition allowing the fortification of any semisolid food in various locations. From 2014 the Health in Schools Program incorporates the NutriSUS Strategy: child food fortification with micronutrients (vitamins and minerals) powder as one of its actions and it is implemented in children's education units (CEU) of Brazil for kids in the age range from 6 to 48 months. In public policies, the evaluation of the Implementation step is an important tool that allows transformation and learning of politics and *Stakeholders* bringing benefits to society. The present study aims to evaluate the experience of implementing the NutriSUS Strategy: child food fortification with micronutrients (vitamins and minerals) powder in the children's education units of the Metropolitan Region of the Baixada Santista (MRBS). This is a transversal study carried out in the municipalities that implemented the NutriSUS Strategy in the year 2015 in MRBS. The sample of the study was made up of 23 CEU from two municipalities in the region. The instruments for the collection of data were four questionnaires directed to those responsible for the strategy in the Department of Education and of Health of each municipality and to the unit managers and officials responsible for the administration of the sachet of each CEU. Field diaries were also produced after each interview. The qualitative data analysis was carried out through the thematic analysis of content and quantitative data by means of the frequency for describe the sample and the answers of the closed questions. With the evaluation it was possible to identify that the implementation of NutriSUS Strategy in MRBS was considered a negative experience by the implementers. Two issues were important influencing the negative considerations in this experience: the lack of intersectoriality and the unsuccessful communication for the introduction of the strategy. There was no effective awareness and communication work for the introduction of the NutriSUS strategy and the intersectoriality provided in the formulation of the action was not effected in its implementation. It was identified understanding of the needs of the nutritional specific to the age range of the target audience, but there were doubts about the fortification with powdered micronutrients. The assessment of this implementation experience has built assumptions about the reception and construction of the NutriSUS strategy by the implementers of MRBS and offers tools for the development of this public policy, besides serving as foundation for new evaluations.

Keywords: Nutrition and food policy, child day care centers, iron-deficiency anemia, program evaluation, Iron.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	ANEMIA E OUTRAS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS NA INFÂNCIA	1
1.2	ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	2
1.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	3
1.4	FORTIFICAÇÃO COM MICRONUTRIENTES NO MUNDO	5
1.5	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	7
1.6	NUTRISUS: ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL COM MICRONUTRIENTES (VITAMINAS E MINERAIS) EM PÓ	8
1.7	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	MATERIAL E MÉTODOS	14
3.1	AMOSTRA E CRITÉRIO DE INCLUSÃO	14
3.2	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	15
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	16
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1	CAPÍTULO 1 – A CONSTRUÇÃO DO NUTRISUS	22
4.1.1	<i>Estratégia NutriSUS e a intersectorialidade: estão preparados?</i>	22
4.1.2	<i>Ampliar a roda de conversa</i>	24
4.1.3	<i>O cuidado e o estímulo para a execução</i>	26
4.1.4	<i>Construindo a prática</i>	27
4.2	CAPÍTULO 2 - INFORMAÇÃO	30
4.2.1	<i>Mas então, o que é o NutriSUS?</i>	30
4.2.2	<i>É necessário, mas...</i>	31
4.2.3	<i>Dúvidas geram insegurança</i>	32
4.2.4	<i>Setor de Saúde como segurança</i>	34
4.2.5	<i>Aqui não...</i>	35
4.3	CAPÍTULO 3 – FERRAMENTAS PARA O DESENVOLVIMENTO	36
4.3.1	<i>Obstáculos no caminho</i>	36
4.3.2	<i>Quanto a experiência vivida</i>	38
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
6	REFERÊNCIAS	41
7	ANEXOS	52
7.1	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	52
7.2	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
7.3	ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO 1 (SAÚDE) – INTERLOCUÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO	58
7.4	ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO 1 (EDUCAÇÃO)– INTERLOCUÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO	60
7.5	ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE E TREINAMENTO DO GESTOR	62
7.6	ANEXO 6 - QUESTIONÁRIO 3 – OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA	64
7.7	ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO 4 – TREINAMENTO DO RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DO SACHÊ	66
7.8	ANEXO 8 – EXEMPLO DA TABELA CONSTRUÍDA A PARTIR DA ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Anemia e outras carências nutricionais na infância

A Organização Mundial da Saúde (1968) define anemia nutricional como uma condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal, de acordo com idade, sexo, peso, estado fisiológico e altitude. Essa concentração é resultado de uma deficiência de um ou mais nutrientes essenciais, independente do motivo pelo qual ela exista.

A anemia por deficiência de ferro caracteriza-se por um suprimento inadequado desse mineral para a síntese de hemoglobina e é o último dos três estágios sequenciais da deficiência de ferro, sendo os dois primeiros a depleção das reservas e a eritropoese deficiente em ferro (Nogueira e Santos, 2013).

Crianças entre os 6-24 meses passam a necessitar de fontes de ferro adicionais advindas da alimentação para suprir a demanda devido ao intenso crescimento nessa faixa etária (Domellöf et al., 2014). Somada a um consumo insuficiente de alimentos-fonte de ferro e/ou de baixa biodisponibilidade se torna maior a predisposição ao desenvolvimento de anemia (Lacerda, 2009). A anemia por deficiência de ferro nessa faixa etária pode ocasionar comprometimento do desenvolvimento cognitivo, motor, social, emocional e neurológico das crianças e possivelmente ter resultados a longo prazo (Lozoff, 2007).

O crescimento desacelera após o primeiro ano de vida, início da fase pré-escolar que vai até os 6 anos de idade, porém a criança ainda está se desenvolvendo em todos os aspectos e tem necessidades nutricionais que precisam ser supridas somado a fatores complicadores característicos da faixa etária que são a redução ou irregularidade do apetite e a seletividade dos alimentos (Lacerda e Accioly, 2009).

Em crianças de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento podem ser observadas carência de micronutrientes como zinco, vitamina A, B12, D, E, riboflavina e iodo além do ferro (Walker et al., 2011). A deficiência de micronutrientes como Vitamina A, iodo, zinco e ácido fólico diminui a eficiência do sistema imunológico e é responsável pelo aumento na morbimortalidade de crianças (Sanghvi et al., 2015). No Brasil a prevalência das deficiências de ferro e vitamina A já são motivos de atenção para a saúde pública e, ainda que a prevalência de deficiência de zinco não tenha sido pesquisada em nível nacional, estudos pontuais indicam potencial problema de saúde pública (Sales e Pedraza, 2013).

Entre as causas de anemia em mulheres e crianças no mundo, aproximadamente 50% e 42% respectivamente estão relacionadas à deficiência de ferro, podendo variar de acordo com a região. No Brasil, a estimativa de crianças entre 6-59 meses com concentração de hemoglobina <11 g/dL era de 24% no ano de 2011, passando a ser considerado um problema de saúde pública moderado para esse grupo populacional (OMS, 2015).

1.2 Aleitamento materno e alimentação complementar

A prevenção para a deficiência nutricional de ferro na infância deve ser realizada primeiramente com a proteção e promoção do aleitamento materno e a introdução, após os 6 meses de vida, de alimentos saudáveis e que favoreçam a absorção de ferro (DeMaeyer et al., 1989; UNICEF, UNU e OMS, 2001).

Capaz de oferecer os nutrientes e a energia necessários para o desenvolvimento, o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e de forma complementar, até os 2 anos ou mais, contribui para a saúde da criança em sua plenitude. Os benefícios do leite materno se estendem também à proteção contra doenças infecciosas, que são importantes causas da mortalidade de crianças menores de 5 anos no mundo (Ministério da Saúde, 2015; Hug et al., 2017).

O aleitamento materno pode ser realizado de forma exclusiva, sem a oferta de nenhum outro líquido ou alimento; predominante, quando é a maior fonte de nutrição do bebê, porém há oferta de outros líquidos; complementar, oferta concomitante a alimentos e outros líquidos; ou aleitamento materno, quando oferecido leite materno além de outros líquidos incluindo ou não alimentos sólidos (OMS, 2008).

Ainda que sejam reconhecidas as vantagens dessa prática, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) é de 41% e sua duração mediana de 1,8 meses, enquanto a prevalência de crianças entre 9 e 12 meses que estão recebendo aleitamento materno complementar é de 50,6% com duração mediana de 11,2 meses (Ministério da Saúde, 2009; IBGE 2015). Diante dos parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as capitais brasileiras e DF se encontram em situação “ruim” para o AME e “muito ruim” para a duração do aleitamento materno, demonstrando que grande parte da população infantil não está recebendo a proteção advinda do leite materno (Ministério da Saúde, 2009).

Reconhecendo a capacidade do AME de nutrir a criança e proteger sua saúde, a alimentação complementar deve ser realizada apenas após os 6 meses e em quantidade e qualidade que supram as necessidades nutricionais da criança, além de ser livre de contaminação e não alergênica (Lacerda e Accioly, 2009).

A introdução precoce da alimentação complementar aumenta a probabilidade de descontinuidade do aleitamento materno e diminui a proteção que esse confere sobre a criança, uma vez que os alimentos introduzidos não proporcionam os mesmos benefícios do leite humano para a criança menor de 6 meses (Monte e Giugliane, 2004).

Não só a introdução precoce da alimentação complementar é preocupante, mas também a qualidade dos alimentos que constituem o cardápio oferecido às crianças, pois a Pesquisa Nacional de Saúde estimou que 60,8% das crianças com menos de 2 anos de idade comiam biscoitos, bolachas ou bolo, e que 32,3% tomavam refrigerante ou suco artificial (IBGE, 2015).

Ainda relacionado à alimentos que não são próprios para a alimentação complementar, estudo realizado com 324 crianças entre 0 e 6 anos verificou a introdução precoce de leite de vaca em 39,8% dos menores de 12 meses, introdução precoce de açúcares e/ou engrossantes em 78,1% na mesma faixa etária, além da introdução tardia de sólidos em 80,2% dos maiores de 7 meses (Mais et al., 2014).

Quando não realizada a nutrição infantil a partir de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, alimentação complementar introduzida no momento correto, com a utilização de alimentos saudáveis que sejam seguros e oferecidos adequadamente e em conjunto a continuidade da oferta de leite materno não são supridas as necessidades nutricionais da criança e há maior suscetibilidade à ocorrência de anemia por deficiência de ferro e outras carências nutricionais (OMS, 2003).

1.3 Políticas públicas para o enfrentamento da anemia por deficiência de ferro

Uma vez que a anemia por deficiência de ferro se apresenta como um problema de saúde pública e suas consequências na infância incluem o não desenvolvimento pleno da criança, passou a ser necessária a mobilização para sua prevenção e enfrentamento também por intermédio de políticas públicas (DeMaeyer et al., 1989).

A prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro deve agir em todos os meios que envolvem a origem da doença, o que significa atuar desde o nascimento com o clampeamento tardio do cordão umbilical até o crescimento e desenvolvimento com a garantia de alimentação saudável com alimentos fonte de ferro. Essa atuação também deve ser realizada em conjunto à atenção a mulheres em idade reprodutiva e adolescentes, principalmente em áreas de maior taxa de gravidez nessa faixa etária, no controle das doenças infecciosas, no melhoramento das condições sanitárias, na criação de políticas públicas de saúde e nutrição, como suplementação de ferro e fortificação de alimentos, e no incentivo à pesquisa relacionada à doença, sua prevalência e avaliação de políticas e programas para coletar informações necessárias à um planejamento eficaz (OMS, 2014).

O Brasil realiza diferentes ações para o enfrentamento da anemia ferropriva. Uma das ações mais controversas na literatura é a fortificação de farinhas de trigo e milho, instituída em 2002, tendo como prazo para adequação até 2004, a partir da qual esses produtos passaram a ser acrescidos de 4,2 mg de ferro e de 150 µg de ácido fólico visando o combate à anemia e má formações neuronais (ANVISA, 2002).

Em agosto de 2009, o Ministério da Saúde instituiu também a Comissão Interinstitucional para a Implementação, acompanhamento e monitoramento das ações de fortificação de farinhas de trigo e milho com o objetivo de auxiliar na implementação e introduzir procedimentos avaliativos para a fortificação (Ministério da Saúde, 2009).

Entretanto, a estratégia de fortificação de farinhas apresenta resultados contraditórios, há estudos apontando que a fortificação das farinhas não surtiu efeitos significativos na população de gestantes e pré-escolares estudada (Sayuri et al., 2008; Sato et al., 2015; Assunção et al., 2007). Enquanto outros indicam aumento dos níveis de hemoglobina em gestantes no período pós fortificação, apontando para a necessidade de mais estudos para avaliar a efetividade da fortificação das farinhas (Uchimura, 2013; Souza Filho et al., 2011).

Algumas barreiras devem ser consideradas na fortificação das farinhas com ferro: a biodisponibilidade, mais elevada em compostos que causam mais alterações organolépticas; presença de inibidores da absorção de ferro, como o ácido fítico, na alimentação da população alvo e o consumo e acessibilidade dos alimentos fortificados (Sato et al., 2015; Assunção et al., 2007).

Outra ação realizada no país é o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), instituída em 2005, que consiste em suplementação profilática com sulfato ferroso em crianças de 6 a 24 meses de idade e gestantes. Durante a gestação há ainda a suplementação de ácido fólico e após o parto até o terceiro mês mantém-se a suplementação de ferro (Ministério da Saúde, 2013).

Estudos indicam que a suplementação com sulfato ferroso a partir de doses diárias é mais eficaz do que com doses semanais na melhoria dos níveis de hemoglobina. Contudo, não há evidências na literatura científica que demonstrem a associação da suplementação, em ambas as formas de administração, com a diminuição da prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos (Cembranel et al., 2013).

O resultado da suplementação de ferro via oral está diretamente relacionado à fatores como a efetividade terapêutica, tolerância gastrointestinal, incidência de eventos adversos, perfil de segurança com risco mínimo de toxicidade e quantidade de administração diária necessária (Cançado et al., 2010).

Em conjunto às medidas de fortificação e suplementação são realizadas também as políticas que passam a garantir a saúde da criança desde o princípio através da gestação, aleitamento materno e alimentação complementar saudável. As políticas que seguem esse perfil são a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil, instituída no SUS em 2013, a Rede Cegonha, instituída em 2011, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, existente desde 1992 e os Bancos de leite Humano desde 1988 (Ministério da Saúde 2013; Ministério da Saúde 2011; UNICEF, 2008; Ministério da Saúde 1988).

Somando às políticas já existentes, em 2014 foi iniciada a Estratégia NutriSUS: fortificação com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó na alimentação infantil, como ação incluída no Programa Saúde na Escola (PSE) para ser executada nas creches de todo o país (Ministério da Saúde, 2015).

1.4 Fortificação com micronutrientes no mundo

A busca por um novo formato de intervenção se deve a percepção de dificuldade com a adesão à suplementação de ferro via oral devido à aceitabilidade e às dosagens utilizadas e seus efeitos colaterais. As intervenções com micronutrientes em pó (MNP) trazem uma alternativa para a adição de ferro e outros

micronutrientes na nutrição infantil permitindo a fortificação de qualquer alimento semissólido em diferentes ambientes (OMS, 2011; HF-TAG, 2009).

Revisão realizada com crianças de 6-23 meses comparando a fortificação com micronutrientes em pó e nenhuma intervenção ou placebo indicam que a fortificação confere às crianças menor risco de desenvolver anemia e deficiência de ferro, assim como também demonstraram boa aceitação da intervenção (De-Regil et al., 2011).

Desde 2011 a Organização Mundial da Saúde (2011) recomenda a implementação da administração de MNP na alimentação infantil. A disseminação da ação até 2016 atingiu 65 países, cada um implementando-a a partir das recomendações, porém em diversos formatos (UNICEF, 2017). Variações foram observadas quanto a composição do sachê, campanhas de introdução dos MNP, parceiros incluídos na ação, forma de aquisição e distribuição, ponto de uso, tempo da intervenção e responsáveis pela administração (de Pee et al., 2013).

Para a introdução dos MNP no Brasil foi realizado o Estudo Nacional de Fortificação caseira da Alimentação Complementar (ENFAC), caracterizado por um ensaio clínico controlado buscando avaliar a diferença nos níveis de hemoglobina de um grupo intervenção (GI) com relação à um grupo controle (GC), a prevalência de anemia e deficiência de ferro e vitamina A e a média de peso e altura para a idade das crianças. Os municípios participantes do estudo foram Goiânia (GO), Olinda (PE), Porto Alegre (RS) e Rio Branco (AC), que representam quatro regiões do país, a partir do público alvo atendido em 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os micronutrientes utilizados no estudo foram: vitamina A RE (400 µg), D (5 µg), E TE (5 mg), C (30 mg), B1 (0,5 mg), B2 (0,5 mg), B6 (0,5 mg), B12 (0,9 µg), niacina (6 mg), ácido fólico (150 µg), ferro (10 mg), zinco (4,1 mg), cobre (0,56 mg), selênio (17 µg) e iodo (90 µg) (Cardoso et al., 2016).

Os profissionais da rede de saúde foram convidados a uma hora de treinamento fornecido pela equipe de pesquisa abordando a necessidade de ferro das crianças, os benefícios dos MNP para a redução de anemia e deficiência de micronutrientes na infância e o uso correto da fortificação (Cardoso et al., 2016).

Um grupo de 521 crianças de 10 a 15 meses que recebiam acompanhamento usual das unidades participou do estudo como GC. Para o GI, foram avaliadas 462, que receberam um suprimento de sachês de MNP para ser administrado por seus cuidadores uma vez ao dia durante um período de 60 dias para então ser comparado ao GC (Cardoso et al., 2016).

Os resultados do ENFAC demonstraram que a prevalência bruta de anemia foi 38,1% menor no GI com relação ao GC, anemia por deficiência de ferro 51,4%, assim como a deficiência de ferro 19,9%, e de vitamina A 54,7%, porém não foi encontrado resultado significativo no crescimento. O consumo dos 60 sachês recomendados foi realizado por apenas 36% das crianças e 76% consumiram ao menos 30 (Cardoso et al., 2016).

Após estes resultados, optou-se por implementar os sachês de MNP no âmbito do Programa Saúde na Escola. A mudança de cenário para a administração dos sachês foi justificada pela possível garantia de acesso à Estratégia se executada através das unidades de educação, uma vez que, no Brasil, as crianças fazem suas principais refeições no ambiente escolar (Ministério da Saúde, 2015).

1.5 Programa Saúde na Escola (PSE)

Com o objetivo de promover a saúde e a alimentação da população brasileira, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que desde 1999 por meio de diversas políticas públicas e ações busca garantir a Segurança alimentar e Nutricional de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dessa forma o Programa Saúde na Escola (PSE) é criado buscando atingir os objetivos da PNAN em um local considerado favorável à ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, a escola (Ministério da Saúde 2011; 2012).

O ambiente escolar é um espaço privilegiado para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção (Ministério da Saúde, 2015). É nesse contexto que a escola é inserida como o universo de produção social da saúde, além da formação do pensamento crítico, político e pessoal (Ministério da Saúde, 2011).

Dentro da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha para promover a intersetorialidade reconstruindo as práticas em saúde e investindo nas ações que compreendem também interdisciplinaridade, sendo uma ponte da área da saúde para a educação (Ministério da Saúde, 2011). A “saúde escolar” passa a ser uma política pública de promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida quando é trabalhada intersetorialmente, sendo coordenada e planejada em conjunto através de uma visão ampliada de saúde (Casemiro et al., 2014).

Visando ainda a intersetorialidade, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram o Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007 através do

Decreto Presidencial nº 6.286. O Programa objetiva o cuidado integral, a construção do autocuidado e da autonomia dos escolares, trazendo oportunidades de participação à comunidade escolar em ações que articulem saúde e educação promovendo a saúde de crianças, adolescentes e jovens brasileiros em todos os níveis de ensino (creche, pré-escola, ensino fundamental e médio e educação de jovens e adultos – EJA) (Ministério da Saúde 2011; 2015).

O PSE funciona com a gestão compartilhada, atuando educação, saúde e outras redes sociais em conjunto sendo articuladas pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) federais, estaduais ou municipais, responsáveis por auxiliar na implementação das ações do programa (Ministério da Saúde, 2012). A atuação do setor de saúde para promoção de saúde e prevenção de agravos por intermédio da escola visa ampliar o alcance e impacto de suas ações por meio da intersetorialidade articulando principalmente as Equipes de Saúde da família e as escolas da região (Gomes, 2012).

Para cumprimento das metas previstas pelo PSE, o programa é organizado em três componentes: Componente I – Avaliação das Condições de Saúde, Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Componente III – Formação. O Componente II objetiva estratégias de articulação para visibilidade dos fatores que colocam a saúde da população em risco e diminuição das situações de vulnerabilidade. É nesse componente que a Estratégia NutriSUS – Fortificação com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó - está inserida de modo optativo para implementação em creches (Ministério da Saúde, 2015).

1.6 NutriSUS: Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó

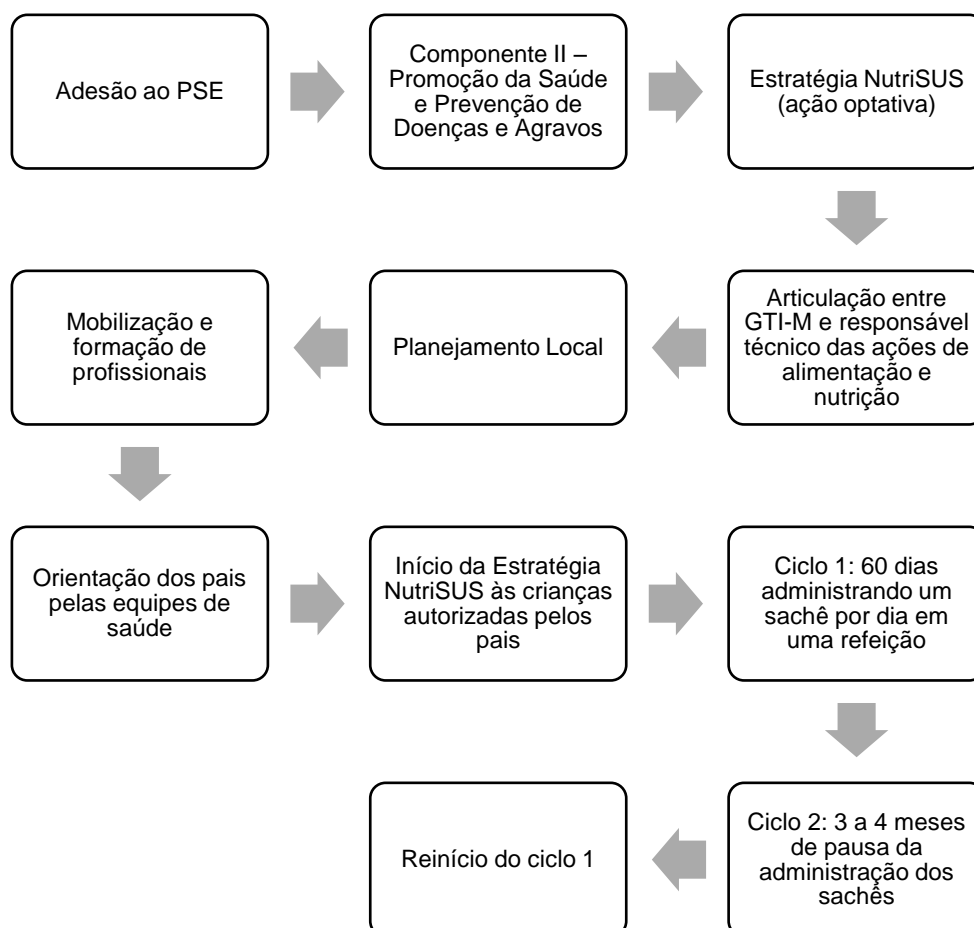
A partir de 2014 o PSE incorpora o NutriSUS: fortificação da alimentação com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó como uma de suas ações optativas para ser implantada em Unidades de Educação Infantil (UEI) do Brasil para crianças na faixa etária de 6 a 48 meses. O ambiente escolar foi o local escolhido para a utilização dessa fortificação, uma vez que os sachês podem ser utilizados em qualquer local em que a criança realiza refeições, sendo esse o “ponto de uso da fortificação” (Ministério da Saúde 2015;OMS, 2013).

Os sachês com MNP são adquiridos pelo Ministério da Saúde, encaminhados para o município e entregues na central de medicamentos/ almoxarifado da

Secretaria Municipal de Saúde ou nas Unidades Básicas de Saúde de referência, para então serem distribuídos gradualmente, conforme a demanda de uso nas UEI e os invólucros vazios recolhidos pelas equipes de Atenção Básica para descarte específico. Os micronutrientes contidos nas embalagens individuais de 1g são: vitamina A RE (400 µg), D (5 µg), E TE (5 mg), C (30 mg), B1 (0,5 mg), B2 (0,5 mg), B6 (0,5 mg), B12 (0,9 µg), niacina (6 mg), ácido fólico (150 µg), ferro (10 mg), zinco (4,1 mg), cobre (0,56 mg), selênio (17 µg) e iodo (90 µg) (Ministério da Saúde, 2015).

A Estratégia NutriSUS consiste em um esquema de administração realizado em dois ciclos. No primeiro ciclo é administrado um sachê por dia na refeição da criança durante 60 dias e o segundo ciclo é a pausa com duração de 3 a 4 meses para então recommençar o primeiro ciclo. A administração dos MNP contidos no sachê deve ser realizada diretamente no prato da refeição que será servida à criança até, no máximo, uma hora após a aplicação. Os alimentos indicados para a adição da fortificação são de consistência pastosa ou no arroz e feijão, nunca em alimentos duros ou líquidos, pois os MNP podem afetar a textura desses alimentos (Ministério da Saúde, 2015).

Figura 1. Fluxograma de adesão à Estratégia NutriSUS, 2017.



As UEI devem utilizar uma ficha de controle de administração dos sachês para facilitar o monitoramento da quantidade consumida por cada criança. As faltas não são compensadas com mais sachês nos dias que seguem e também não prolongam o ciclo dessa criança, ela continuará junto ao ciclo que iniciou. É considerado um ciclo completo quando a criança recebe no mínimo 36 sachês durante os 60 dias de duração (Ministério da Saúde, 2015).

Os MNP da Estratégia NutriSUS só poderão ser oferecidos para a criança após os responsáveis legais autorizarem sua participação mediante assinatura do termo de consentimento após receberem todas as informações a respeito do funcionamento da Estratégia e sua intervenção na saúde das crianças (Ministério da Saúde, 2015).

1.7 Avaliação de políticas e programas

Políticas públicas são atuações de grande abrangência realizadas pelo Estado após um complexo processo decisório que considera questões diversas de interesse de uma coletividade. Principalmente na América-latina, são desenvolvidas a partir dos esforços da comunidade científica com pesquisas sobre a prática, o que confere uma característica não linear de constante transformação, mas para efeito didático são divididas em quatro etapas: formulação, execução, monitoramento e avaliação (Castro et al., 2012).

A formulação é o momento em que, após reconhecido o problema, se identifica uma forma de agir para sua solução; a execução ou implementação é a ação que transforma as intenções em resultados passíveis de observação; o monitoramento é a observação e registro constante das atividades realizadas; e a avaliação é um instrumento técnico e ferramenta política utilizada para o desenvolvimento da política ou programa (Serafim e Dias, 2012; Castro et al., 2012).

Dentro dessa divisão a etapa da execução é representada pela implementação de políticas públicas, momento em que se encontra a Estratégia NutriSUS no Brasil. Em seu melhor formato, esta etapa deve ser influenciada pelo planejamento e formulação realizados pelos governantes, organizada e direcionada para certos comportamentos, mas também interpretada e flexibilizada pelas ideias e ações de seus atores nas circunstâncias locais (Lima e Ascenzi, 2013). Dessa forma a implementação não deve ser apenas a execução estabelecida por uma formulação

perfeita e sua avaliação uma correção de rota, mas sim processos de constante transformação e aprendizado (Silva e Melo, 2000).

A etapa da avaliação em sua origem foi construída como um instrumento que visa melhorar o controle social sobre a efetividade do Estado e a eficiência do gasto público. Ainda assim, ela tem o objetivo final de construir ferramentas para uso da política, o que pode-se compreender como uma dupla natureza, um estudo da política (*of policy*) e para a política (*for policy*), que ao fim traz benefícios à sociedade através da prática (Ramos e Schabbach, 2012).

Nas políticas e programas relacionados à saúde pública há maior complexidade envolvida para seu sucesso do que apenas os resultados positivos de, por exemplo, um medicamento ou suplementação em determinada população. A avaliação de ações nessa área precisa incluir um delineamento que traga à discussão também a operacionalização da intervenção, os atores responsáveis e a recepção local, de modo que seja mais fundamentada a relação causal da intervenção com seu resultado (Santos e Victora, 2004).

A necessidade de abrangência no desenho das avaliações é também visualizada quando relacionada às políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil. Após uma revisão sistemática da literatura, foi constatado que a maior parte das pesquisas avaliativas no campo da nutrição não utilizam abordagens que possibilitem o envolvimento de toda a complexidade das políticas públicas e seus atores (Gasparini et al., 2017).

Os tipos de avaliação de políticas públicas são diversos de acordo com o momento em que se encontra o projeto, a posição do avaliador com relação a ele e a natureza do que será avaliado. Dessa forma podem ser realizadas avaliações antes, durante ou após a implementação; com avaliadores externos, internos ou semi-independentes; e com o objetivo de avaliar o contexto, insumos, processo ou resultados (Trevisan e Van Bellen, 2008).

A avaliação de políticas públicas é um universo bastante vasto e com inúmeros caminhos que podem e devem ser modificados de acordo com a origem e contexto da política. Considerando o período de implementação é possível trazer o conceito de avaliação formativa, ou seja, aquela que é construída e executada com o objetivo de observar questões a serem melhor desenvolvidas e com isso aperfeiçoar a política (Furtado, 2012).

Para que a avaliação seja uma ferramenta de construção e desenvolvimento da política pública se faz necessário ampliar o olhar sobre as possibilidades metodológicas desse processo. Principalmente em políticas públicas envolvendo a intersectorialidade é preciso compreender os atores, dinâmicas de relações e contextos para fazer a conexão e esclarecer o que se encontra entre o desenho teórico e a execução local (Magalhães, 2014).

A avaliação faz parte do processo de planejamento das políticas e programas governamentais, é uma atividade que resulta em informações que podem levar a reorganização das ações para chegar ao objetivo proposto (Cunha, 2006). A Organização Mundial da Saúde (2011) recomendada em todos os níveis a avaliação e monitoramento da intervenção de fortificação com micronutrientes em pó, ainda mais no caso brasileiro, que é um exemplo singular na inserção dos sachês nas refeições oferecidas nas creches e pré-escola.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a experiência de implementação da Estratégia NutriSUS: fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó em unidades de educação infantil da Região Metropolitana da Baixada Santista.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a interlocução entre o setor de saúde e de educação para implementação da Estratégia NutriSUS nos municípios participantes;
- Avaliar o treinamento e compreensão da equipe das unidades de educação infantil para a implementação da Estratégia NutriSUS.

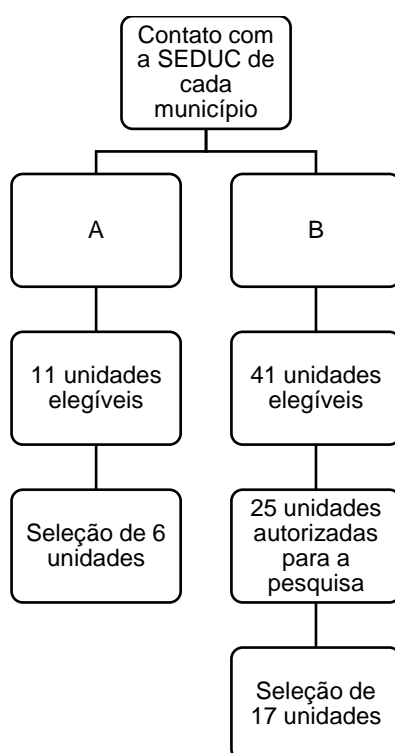
3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Amostra e critério de inclusão

Trata-se de um estudo transversal realizado nos municípios que implementaram a Estratégia NutriSUS no ano de 2015 na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), constituída por Itanhaém, Bertioga, Peruíbe, Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá, Cubatão e Mongaguá. Dentre os municípios da RMBS, dois efetivaram a adesão à Estratégia, os quais serão identificados com os códigos A e B e as unidades destes pelo código U acrescido de um número de 1 a 23.

O critério de inclusão do estudo é estar nos municípios que efetivaram a adesão à Estratégia NutriSUS e ter iniciado a implementação em sua Unidade de Educação Infantil (UEI). Na lista de adesão à estratégia NutriSUS A e B apresentaram 11 e 41 UEI respectivamente, entre municipais e conveniadas, o município A disponibilizou o total de UEI e foram selecionadas 6 para compor a amostra do estudo, B disponibilizou apenas as UEI municipais, excluindo as conveniadas, totalizando 25 e foram selecionadas 17, assim foram selecionadas 23 UEI ao todo para participar da pesquisa (figura 2).

Figura 2. Processo de seleção das unidades participantes do estudo, 2017.



O número de unidades selecionadas foi escolhido de modo que o estudo fosse constituído pela metade ou mais das unidades disponibilizadas por cada município. No município A as unidades que iriam somar o número escolhido foram selecionadas pela Secretaria de Educação juntamente com a pesquisadora de acordo com a disponibilidade e possibilidade de acesso. No município B a mesma secretaria enviou a lista de unidades de acordo com o número solicitado.

Os responsáveis pela Estratégia NutriSUS na Secretaria de Educação e na Secretaria de Saúde foram indicados por cada município de acordo com a organização específica realizada para a execução e os gestores de unidade e funcionários responsáveis pela administração do sachê foram indicados após contato com cada UEI.

3.2 Instrumentos e coleta de dados

Foram desenvolvidos quatro instrumentos com questões abertas e fechadas buscando abordar os temas: interlocução entre Saúde e Educação (anexos 3 e 4, com as mesmas questões e apenas a modificação da ordem das questões 8 e 9), caracterização da unidade e treinamento do gestor (anexo 5), operacionalização da Estratégia (anexo 6) e treinamento da pessoa responsável pela administração do sachê (anexo 7). Os instrumentos com seus respectivos públicos alvo estão representados na figura 3.

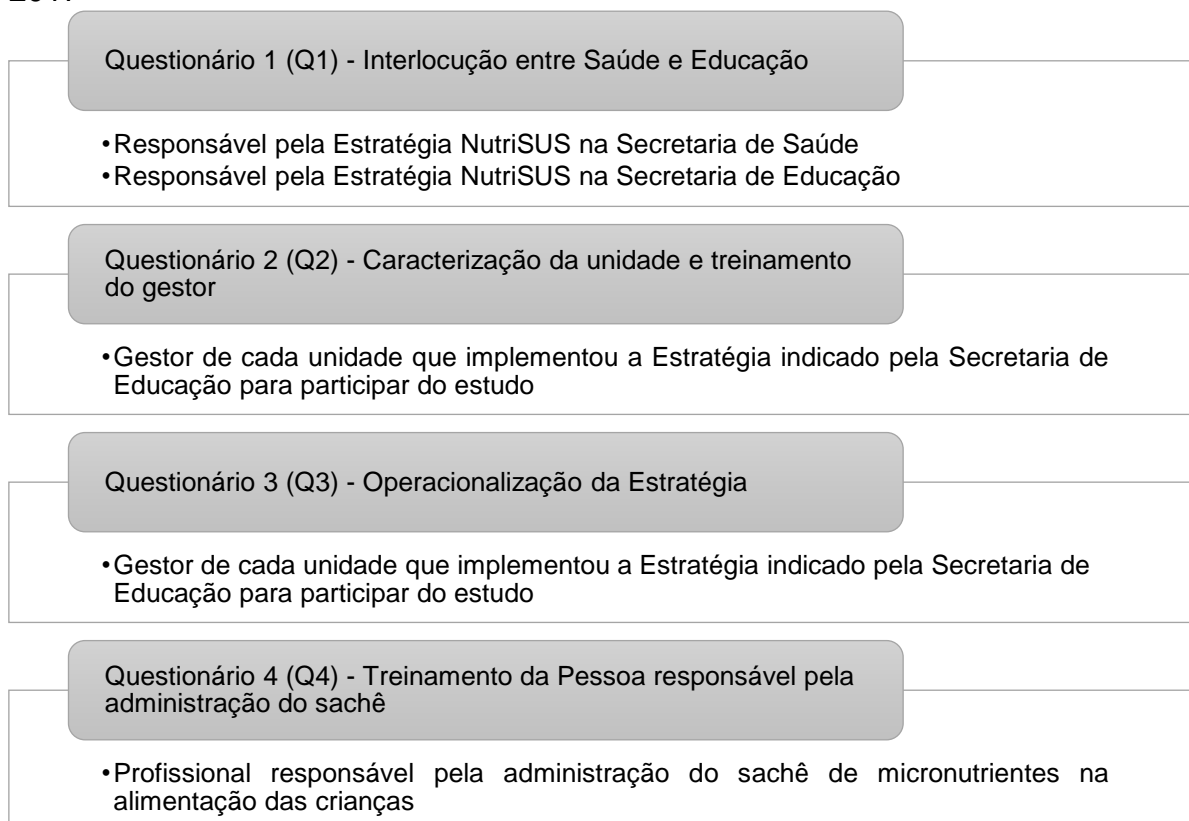
Após a elaboração inicial dos instrumentos buscou-se discutir com profissionais do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar da Universidade Federal de São Paulo (CECANE-UNIFESP) as abordagens realizadas com o intuito de aproximar à realidade do trabalho na alimentação escolar da região.

Ao iniciar o contato com os municípios após reunião realizada previamente ao início da pesquisa houve uma nova revisão dos instrumentos acrescentando algumas questões para buscar adequá-los ao cenário, uma vez que ao discutir a proposta do estudo a ser realizado houve a introdução de novas informações a respeito da implementação da Estratégia.

A coleta de dados foi realizada entre o segundo semestre de 2016 e o primeiro semestre de 2017. No município A foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2016 e no município B entre os meses de março e maio de 2017. Todas as entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e realizadas pela pesquisadora. A duração média foi de

aproximadamente uma hora com os responsáveis pela Estratégia NutriSUS nas Secretarias de Saúde e de Educação e quarenta e cinco minutos com os profissionais das UEI.

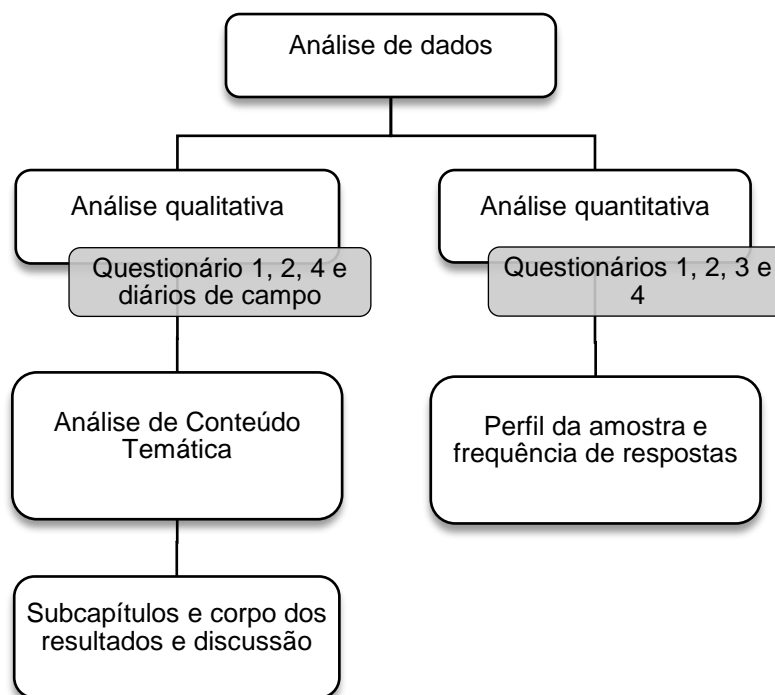
Figura 3. Esquema de aplicação dos instrumentos constituintes da coleta de dados, 2017



Posteriormente à cada entrevista realizada para aplicação dos instrumentos elaborou-se diários de campo contendo as principais informações sobre o local visitado, data, horário e duração da entrevista, as observações da pesquisadora e falas produzidas durante a entrevista com o objetivo de ampliar a visão do campo e a compreensão da experiência dos participantes.

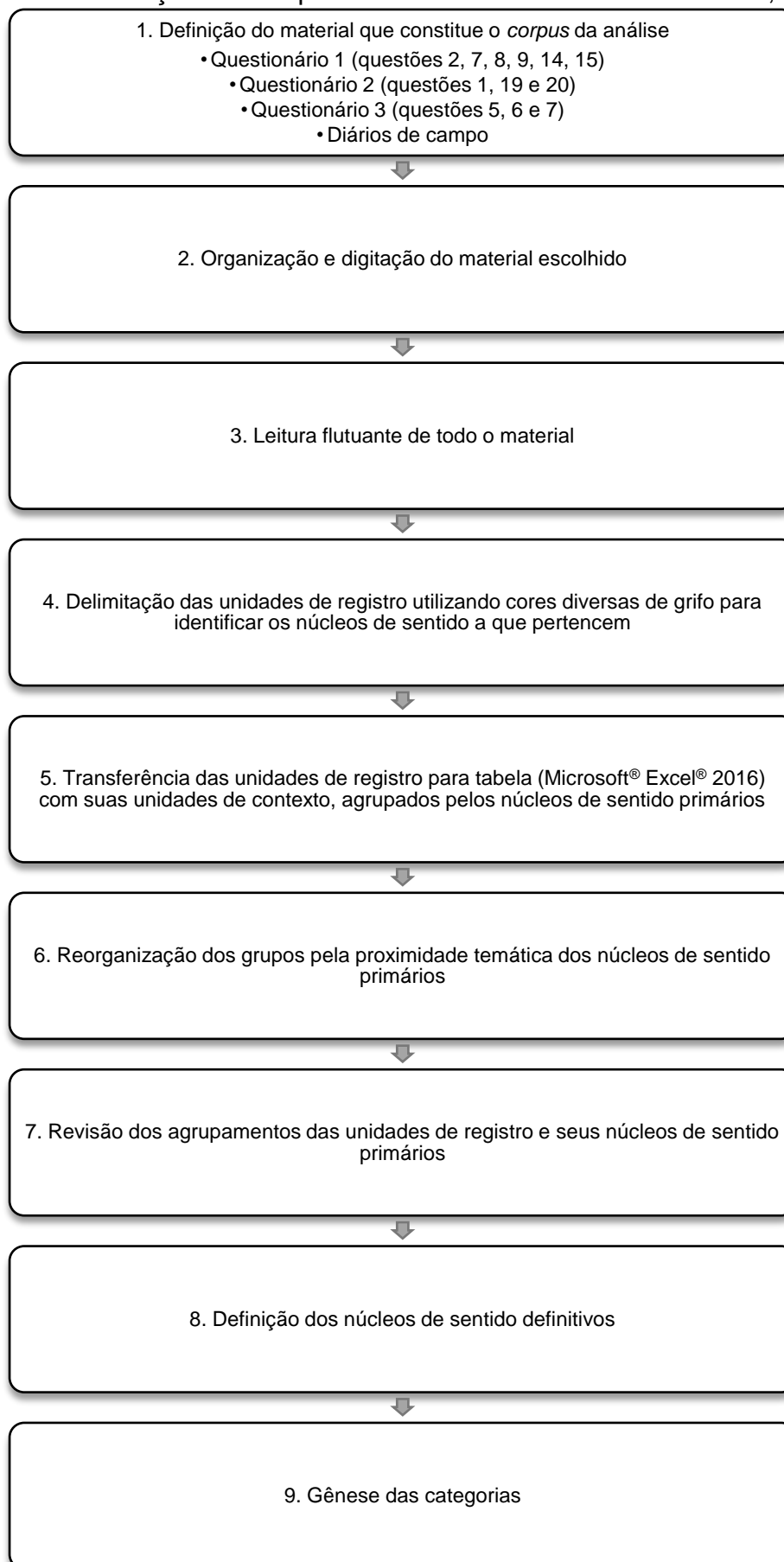
3.3 Análise dos dados

De acordo com as características dos dados obtidos, após devida tabulação e organização dos instrumentos e diários de campo constituintes da coleta de dados foram realizadas análises qualitativas e quantitativas. A divisão das análises é apresentada na figura 4.

Figura 4. Esquema de análise de dados, 2017.

Para as questões abertas e diários de campo, a análise qualitativa foi realizada a partir do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Esse método consiste em sintetizar as mensagens para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mesma mensagem. Entre os possíveis formatos desse método, foi realizada a análise de conteúdo temática com abordagem qualitativa, a qual pode ser definida como a busca por significados dentro do *corpus* escolhido. A iniciativa da abordagem qualitativa se justifica para o lançamento ou evolução de hipóteses (Bardin, 2011).

Com o propósito de possibilitar a apresentação da complexidade do tema do estudo e a partir da necessidade de explorar os diversos significados expressados nas entrevistas foi escolhido o formato de categorias não apriorísticas, que são aquelas identificadas a partir do contato com os dados e não previamente definidas. A descrição das etapas realizadas na análise é apresentada na figura 5.

Figura 5. Descrição das etapas da Análise de Conteúdo Temática, 2017.

A análise quantitativa foi feita através da análise de frequência (n e %) com objetivo de descrever a amostra (características das UEI) e as respostas das questões fechadas. Para a descrição da amostra foram utilizadas as questões 10, 13, 15 e 16 (instrumento 2). Para as questões 11 e 13 (instrumento 1); questões 2, 4, 17, 19 e 20 (instrumento 2); questões 2, 3, 9 e 13 (instrumento 3) e questões 2, 4, 5, 6 e 7 (Instrumento 4) a análise apresentou a frequência de respostas das questões fechadas.

3.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 0242/2016, parecer 1.517.378 após cadastramento na base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos Plataforma Brasil.

Para execução do estudo foi solicitada autorização aos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista que efetivaram a adesão à Estratégia NutriSUS – Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó e deu-se início mediante as aprovações.

A todos os participantes do estudo foi apresentado e explanado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) previamente ao início da entrevista iniciando-se após a assinatura deste.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estratégia NutriSUS foi implementada nos municípios participantes do estudo durante o ano de 2015 até o primeiro semestre de 2016 e a coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2016 até o primeiro semestre de 2017 devido ao processo de autorização necessário para a realização da pesquisa.

Foram entrevistadas cinco pessoas das Secretarias de Educação e de Saúde dos municípios participantes indicadas como responsáveis pela implementação da Estratégia NutriSUS e serão referidos no estudo como “gestores municipais”. No município A foram entrevistados dois gestores municipais da Secretaria de Educação e um da secretaria de Saúde e no município B um gestor municipal de cada secretaria.

Das 23 UEI selecionadas para a coleta de dados, 18 aceitaram participar da pesquisa. As 5 UEI que não aceitaram alegaram os seguintes motivos: UEI inscrita no NutriSUS, porém não haver demanda entre os escolares e rotatividade das equipes das UEI, impossibilitando contato com os funcionários que participaram da experiência.

Dentro das UEI visitadas foram entrevistadas as pessoas indicadas como responsáveis pela Estratégia NutriSUS dentro das unidades, referidos no estudo como “gestores de unidade” e os funcionários responsáveis pela administração do sachê como “agentes”.

Uma vez que a rotatividade da equipe das UEI é grande, alguns gestores de unidade ou agentes, que realizaram a implementação da estratégia NutriSUS não trabalhavam mais naquela UEI ou setor no momento da coleta de dados. Na tabela 1 pode ser visualizado o número de entrevistas realizadas e quais instrumentos foram aplicados em cada unidade visitada.

Tabela 1. Questionários aplicados em cada Unidade de Educação Infantil participante do estudo. Região Metropolitana da Baixada Santista, 2016-17.

Questionários	Unidade de Educação Infantil																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Q2	X	X	X	X	X	X	_	_	X	X	_	_	X	X	_	_	X	X	X	X	X	_	X
Q3	X	X	X	X	X	X	_	_	X	X	_	_	X	X	_	_	X	X	X	X	X	_	X
Q4*	_	_	_	X	X	X	_	_	X	_	_	_	X	X	_	X	X	X	X	X	X	X	_

Notas:

Q=Questionário

*Dos quais 3 foram aplicados em gestores de unidade que também realizaram o papel de agente na implementação (17, 19, 21).

A partir dos dados de caracterização das UEI visitadas como: número de crianças atendidas pela unidade e beneficiadas pela Estratégia NutriSUS e o número de funcionários da unidade e àqueles incumbidos de participar da execução pode-se conhecer o perfil da amostra encontrado na pesquisa.

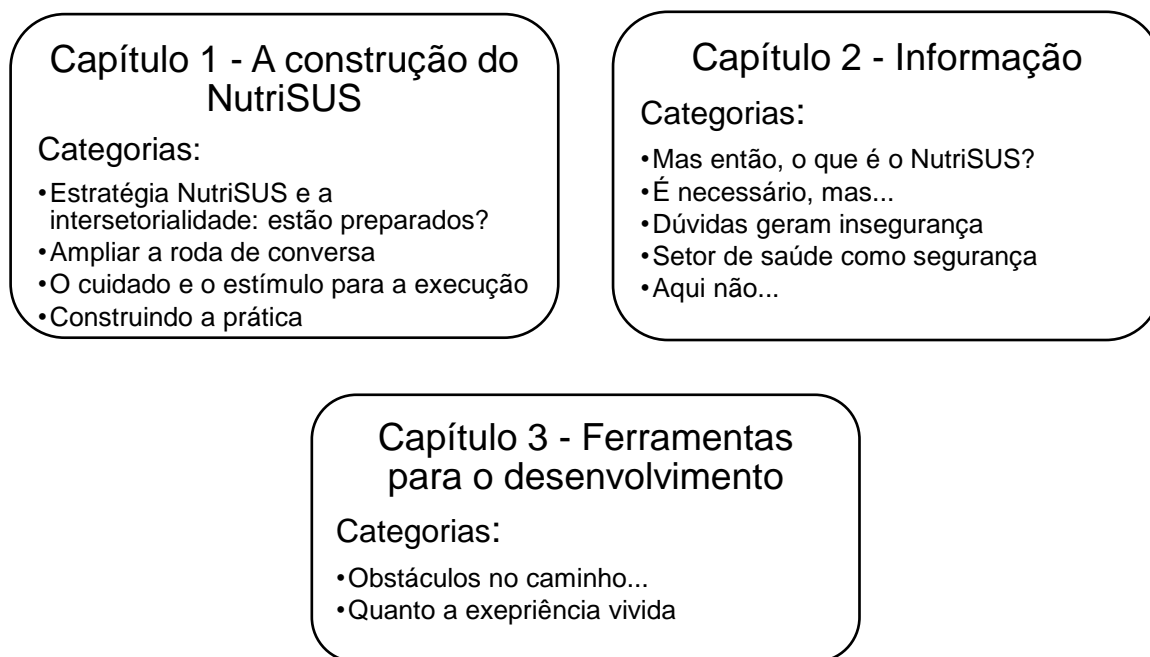
As UEI eram bastante heterogêneas com relação ao número de estudantes atendidos, variando desde 53 até 940. Esse número se refere ao total de estudantes de cada UEI para que seja possível identificar o porte da unidade, mas não equivale ao total de crianças aptas a receber a fortificação.

Quando questionados com relação ao número de crianças beneficiadas pela Estratégia NutriSUS, foram relatadas adesões de 3 a 54 crianças. Seis gestores de unidade conseguiram informar o número de adesão separadamente dos anos de 2015 e 2016, apenas uma não houve um número significativo de desistência. Outras três unidades declararam haver alguma desistência, porém não conseguiram precisar a quantidade.

Para auxiliar no momento das refeições, ou seja, durante a administração dos sachês contendo a fortificação, grande parte das unidades declarou dispor de, no mínimo, 4 funcionários por turma, mas houve UEI que relataram ter apenas 2 funcionários disponíveis para essa função. Pôde-se observar que havia a interpretação de que todos os funcionários disponíveis para auxiliar no momento das refeições estariam, de alguma forma, auxiliando à execução da Estratégia NutriSUS, em contrapartida houve aqueles que responderam se referindo apenas àqueles funcionários que realmente estavam autorizados a administrar os sachês.

Os resultados da análise de conteúdo temática serão apresentados como demonstrado na figura 6, três capítulos que reúnem em seus subtítulos as categorias originadas e em seus respectivos conteúdos os núcleos de sentido encontrados a partir das entrevistas realizadas. Sustentando os temas desenvolvidos a partir da análise de conteúdo serão apresentados os dados quantitativos a partir das frequências de algumas respostas e descrição de informações dentro da categoria que os contextualiza.

Figura 6. Esquema de apresentação das categorias originadas pela Análise de Conteúdo Temática, 2017.



4.1 Capítulo 1 – A construção do NutriSUS

4.1.1 Estratégia NutriSUS e a intersectorialidade: estão preparados?

"...eu segui à risca o que o ministério colocou quanto às atribuições..."

(Diário-Q1S-A)

A Estratégia NutriSUS está fundamentada nos princípios do Programa Saúde na Escola, que buscam uma atuação intersectorial das Secretarias de Educação e de Saúde demandando ampla mobilização e articulação de profissionais e gestores dessas áreas para o planejamento local, execução e desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2015; Ministério da Saúde, 2011).

Intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (Junqueira, 1997). É uma forma de gerir a cidade considerando a complexidade do cidadão ao pensar sobre os problemas sociais que o atinge e que culmina na reestruturação de toda a organização governamental para sua efetivação (Junqueira, 2002).

Os representantes entrevistados das Secretarias de Saúde e de Educação dos municípios participantes do estudo declararam ser o PSE a política pública com a qual há trabalho intersetorial envolvendo as duas áreas. Apenas no município A havia mais uma política com esse caráter até o momento da entrevista.

Dessa forma o conceito de intersetorialidade, ainda que exista há muitos anos, não é prática estabelecida com eficiência na gestão dos municípios, sendo que o PSE, que aparece como o principal programa incentivador, está vigente nessa região, de acordo com os entrevistados, apenas desde 2013. De acordo com Garcia et al. (2014) a intersetorialidade para a promoção de saúde no Brasil ainda aparece como um movimento incipiente e que carece de maior desenvolvimento.

Os estudos de Sousa et al. (2017) e Farias et al. (2016) apontam que a implementação do PSE trouxe a possibilidade de ampliar o cuidado, instituindo a parceria e o trabalho conjunto, nos setores da saúde e educação, entretanto ainda que seja reconhecida a importância desse modelo de atuação a prática precisa ser desenvolvida, pois não sustenta o conceito de intersetorialidade em todas as suas ações.

A respeito das funções identificadas por cada setor para a implementação da Estratégia, nas respostas dos responsáveis da Educação e da Saúde, não se observou intenção de atuação com diálogo e sinergia para a prática, mas sim a delimitação dos deveres atribuídos após a adesão, demonstrando pequena interlocução durante a execução.

O conceito de intersetorialidade é fundamental para a execução de políticas públicas, especialmente para a Estratégia NutriSUS, porém é perceptível que a gestão pública ainda segue um modelo de governança segmentado e hierarquizado que pode se revelar incapaz de efetivar esse ideal de atuação (Ornelas e Teixeira, 2015). O formato de governança atuante deve oferecer estrutura para a cooperação necessária à implementação de políticas públicas de modo a realizar um processo de construção por meio de discussão entre setores, trocas e adaptações (Silva e Melo, 2000).

Sem a existência real da intersetorialidade na organização municipal, uma atuação pontual dificilmente será realizada com sucesso, como observado no contexto da região analisada. A incompreensão da proposta que acompanha a

Estratégia NutriSUS aliada a forma como foi implementada, pode comprometer o sucesso da estratégia.

4.1.2 Ampliar a roda de conversa

"Veio de cima para baixo, como tudo nesse país" (Q1E-B)

Durante o estudo identificou-se que no município B a Estratégia NutriSUS foi executada com caráter de obrigatoriedade, ainda que seja uma ação optativa do PSE, e que em A, mesmo aqueles gestores municipais e de unidade que demonstraram concordar com a proposta, discordavam da forma que foi implementada. Observou-se discordância tanto dos gestores municipais com relação à gestão federal quanto dos profissionais das UEI aos gestores municipais.

A expressão “de cima para baixo” ou “top down” utilizada desde o início das análises de implementação de políticas públicas para expressar um modelo que não considera dificuldades existentes na prática e pressupõem ação conforme o método determinado (Passone e Perez, 2013), também foi citada pelos gestores municipais e de unidade durante as entrevistas, demonstrando a imagem negativa que tiveram da implementação da Estratégia NutriSUS.

Na opinião dos gestores municipais, tanto da educação quanto da saúde, a apresentação da Estratégia mostrou-se falha. Segundo esses gestores havia inconsistência quanto às informações acerca da fortificação alimentar e de sua segurança, além da operacionalização não ser apresentada de forma clara. Quando questionados, 40% desses gestores declararam que não passaram por treinamento para a implementação da Estratégia, entre os gestores de unidade 44% e entre os agentes 50% (tabela 2). Somado a isso, 38% dos últimos declararam não se sentir prontos para realizar a Estratégia. Os gestores municipais que declararam não ter passado por treinamento o fizeram por não considerarem a reunião a que foram convocados como tal, fato que se repetiu com 57% dos gestores de unidade.

Tabela 2. Número de entrevistados que declararam não ter passado por treinamento e que entraram em contato com material informativo para a implementação da Estratégia NutriSUS. Região Metropolitana da Baixada Santista, 2016-17.

	Não receberam Treinamento (%)	Entraram em contato com material informativo (%)
Gestores municipais (n=5)	40	100
Gestores de unidade (n=16)	44	94
Agentes (n=10)	50	30

A falta de cuidado com treinamento não é uma falha vista somente nos municípios estudados. Também foi observada como desafio desde o início da implementação do uso de MNP em um estudo realizado no Quênia (Kodish et al, 2011). O autor aponta o treinamento realizado de forma pouco consistente e/ou não abrangente a todos os implementadores envolvidos como um dos fatores de insucesso da implementação.

Durante as entrevistas, os agentes também foram questionados sobre ter contato com algum tipo de material informativo sobre a Estratégia NutriSUS, ao que todos os gestores municipais, 94% dos gestores de unidade e 30% dos agentes responderam positivamente (tabela 2).

Ainda que as porcentagens de acesso aos materiais informativos tenham sido diferentes, houve manifestação de dúvida em todos os grupos, da mesma forma que ainda que exista treinamento, houve descontentamento quanto às informações repassadas. Este fato pode demonstrar que não basta existir informação se a forma como ela está sendo oferecida não é eficaz e coerente à necessidade da estratégia a ser executada.

Somado a apresentação insatisfatória da estratégia, o tempo entre a adesão e o início da implementação, de acordo com os entrevistados, foi insuficiente, comprometendo a completa compreensão por parte dos gestores municipais e de unidade. Esses dois fatores, aliados a falta de estrutura necessária contribuíram para uma execução deficiente.

Da formulação à execução de uma política pública há um processo complexo com diversas etapas a serem cumpridas. Sobretudo na implementação, etapa alvo do estudo, ocorre o contato da política pública com a realidade local, o que muitas vezes exige adaptações e discussões (Dalfior et al., 2015). Essa etapa deve ser vista como um momento de construção dos implementadores, no qual negociam e discutem a política em seu local de execução e não apenas coloca

em prática um projeto perfeito, pois o *policy cycle* é uma rede complexa que envolve formuladores, *stakeholders* e beneficiários e gera acima de tudo aprendizado (Silva e Melo, 2000).

O cenário encontrado de dificuldade na logística necessária para o recebimento dos sachês e atribuição de funções para a execução da Estratégia NutriSUS sugere falhas na avaliação das condições dos municípios para receberem tal estratégia, que demanda não apenas funcionários voltados para a administração do sachê, mas também gerenciamento de sua operacionalização com relação a entrega, distribuição, armazenamento e descarte dos sachês. A estrutura encontrada no local de ação da política tem grande influência na forma como os agentes irão interpretar, executar e até mesmo o quanto irão se dedicar (Lima e Ascenzi, 2013). Através das falas dos gestores de unidade e agentes, foi possível identificar mais uma vez a fragilidade no diálogo entre setores municipais e entre gestores federais e municipais no planejamento para entrega de sachês e falta de esclarecimentos no que tange à execução da estratégia.

Os responsáveis pela execução da Estratégia tanto dos setores de educação e de saúde quanto de cada UEI não se sentiam confiantes para a implementação e exigiam mais informações dos responsáveis pela Estratégia NutriSUS a nível municipal e federal. Houve uma imposição da Estratégia sem que estivesse claro seu propósito e o caminho a ser percorrido. Criou-se uma imagem de que a necessidade de executar a Estratégia foi originada sem o “porquê”, “para quê” e “como”.

4.1.3 O cuidado e o estímulo para a execução

“Toda necessidade para benefício da criança, nós fazemos, administramos a situação” (Q3-U19)

Ainda que, como referido, a implantação tenha transcorrido sem diálogo e de certa forma com a percepção dos atores que foi imposta, observou-se aceitação e disposição para administrar a Estratégia por parte dos gestores de unidade e agentes. Por aqueles que reconheceram a importância da fortificação para a saúde das crianças, foi expressada a disponibilidade que a escola apresenta para realizar o que for necessário quando se refere a algo que traga benefício para os alunos.

Foi observado que os gestores de unidade e agentes conheciam a necessidade de uma alimentação saudável na infância para obter os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento. Diante disso, esteve presente por parte dos funcionários das UEI a manifestação de insegurança quanto a obtenção desses nutrientes a partir da alimentação oferecida fora da escola.

Essa preocupação com a rotina e cuidados oferecidos à criança fora da escola é o reflexo do cuidado existente na educação infantil. As UEI são locais onde são desenvolvidos trabalhos diversos para atender à criança em toda sua complexidade, porém é conhecido pelas educadoras que a rotina da unidade, principalmente de alimentação, não é sempre reproduzida em casa (Bógus et al., 2007).

A aceitação pela intenção de cuidado pode ter sido um dos estímulos para que as UEI procurassem se adaptar para a execução da Estratégia ainda que exija planejamento e reorganização tanto de rotinas já inseridas quanto de afazeres dos funcionários. A rotina na educação infantil é, em grande parte, desenvolvida a partir de tempo e espaço disponíveis para que seja possível atender ao cronograma de turmas diversas (Monção, 2017). O que remete ao reconhecimento de que a introdução de novas ações nas UEI tem a necessidade de empenho por parte de seus funcionários.

4.1.4 Construindo a prática

"...olha, nós tivemos que ter um certo trabalho para organizar como ia ser feito..."
(Diário-U4)

Dentro de cada município e UEI foi necessária organização e algumas adaptações diárias para obtenção de autorização dos pais, tempo para administração dos sachês, oferecer apenas às crianças autorizadas a participar, orientar os funcionários que seriam responsáveis por essa função, além da logística de entrega e recolhimento dos sachês da Estratégia NutriSUS. As adequações à realidade nessa fase da política dependem muito dos implementadores, caracterizando, diante dessa necessidade, um estado de formulação continuado (Serafim e Dias, 2012).

A discricionariedade dos implementadores de uma política pública é um tema importante, pois pode fazer parte da transformação da teoria formulada para a prática a ser estabelecida no local de ação, uma adaptação resultante de decisões dos agentes executores da política diante do desenvolvimento de um *modus operandi* que funcione e que os formuladores, em sua distância natural, muitas vezes, não planejam durante a formulação (Ferreira e Medeiros, 2016).

No município A as crianças só receberiam a fortificação mediante autorização dos pais e assinatura da carteira de vacinação identificando que a criança participaria da Estratégia NutriSUS. Já em B era solicitada autorização dos pais e aconselhada a visita ao pediatra diante de maiores dúvidas.

Houve relatos dos gestores de unidade com relação a não autorização dos pais, que não acreditavam que seria necessária a fortificação ou após consultar o pediatra da criança e receber orientação. É possível que esse fator seja um reflexo da falta de planejamento para a sensibilização e introdução da Estratégia tanto à população quanto aos médicos da região.

A operacionalização da Estratégia NutriSUS foi apoiada por um Manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o qual trazia algumas exigências, dentre elas estava o uso da ficha de controle da administração dos sachês para cada criança participante. Esse item foi utilizado em todas as UEI, segundo o relato dos gestores de unidade e observado durante as entrevistas em grande parte delas.

Também foi observada a necessidade de distribuir funções para execução da estratégia no horário da refeição, ou seja, quem seria responsável por identificar as crianças que recebem, quem colocaria o sachê no prato e quem ofereceria a alimentação para a criança. De acordo com as entrevistas, os responsáveis por administrar a fortificação na refeição eram: merendeiras (50%), educadores (25%), funcionários da direção (6%) e outros funcionários (19%). E os responsáveis por oferecer a alimentação à criança e observar o consumo eram: educadores (75%), funcionários da direção (6%) e outros funcionários (19%) (tabela 3).

Tabela 3. Atribuição de funções para execução da Estratégia NutriSUS em cada Unidade de Educação Infantil (n=16*). Região Metropolitana da Baixada Santista, 2016-17.

	Merendeiras (%)	Educadores (%)	Direção (%)	Outros (%)
Administração na refeição	50	25	6	19
Servir para a criança	0	75	6	19

Nota: *Não foi coletado esse dado de duas unidades devido à ausência do gestor para responder o questionário referente.

Ainda relacionado à organização e à logística necessárias, foram observados alguns locais com problemas quanto à quantidade e à validade dos sachês entregues e à coleta dos sachês utilizados. O número de sachês fornecidos foi superior à demanda em 85,5% das UEI, a validade não condizente ao tempo de administração e o recolhimento tardio dos invólucros para descarte, acumulando o material nas UEI. A necessidade de discussão para essa logística e a distribuição gradual dos sachês, que não ocorreu em 68,8% das UEI, estão previstas no Manual Operacional da estratégia e remete mais uma vez ao diálogo e participação dos setores envolvidos para execução eficiente (Ministério da Saúde, 2015).

Além das questões obrigatórias e previstas na rotina de administração dos sachês, algumas unidades optaram por estratégias complementares. Foi relatada a utilização de pratos de cores diferentes, caixa da fortificação identificada com o nome da criança, sentar as crianças em um lado específico da mesa, chama-las um pouco mais cedo para comer e escolher entre administrar a fortificação no almoço ou no jantar.

A partir dos relatos dos responsáveis por organizar e executar a estratégia foi possível entender a complexidade da prática de uma política pública. Assim, na implementação é primordial a discussão apoiada na visualização da política no contexto local, possibilitando ajustes necessários que levam ou não ao desenho idealizado pelos *policy makers* (Dalfior et al., 2015).

Esses caminhos escolhidos pelos agentes para executar a política de uma forma a adaptá-la à realidade local é o que caracteriza a aplicação da discricionariedade por parte dos implementadores e que pode ser um auxílio

para o desenvolvimento da política quando comunicada (Ferreira e Medeiros, 2016).

4.2 Capítulo 2 - Informação

4.2.1 Mas então, o que é o NutriSUS?

“Sei que é uma preocupação grande em diminuir a anemia e melhorar a alimentação” (Q2-U5)

Segundo o Ministério da Saúde (2015), os objetivos da Estratégia NutriSUS são: “potencializar o pleno desenvolvimento infantil, contribuir com o alcance das metas de desenvolvimento do milênio (1- Acabar com a fome e a miséria; 4- Reduzir a mortalidade infantil), reduzir a prevalência de anemia por deficiências nutricionais, melhorar a ingestão de micronutrientes e contribuir para a redução da deficiência de outros micronutrientes”.

Após análise identificou-se que o objetivo da Estratégia NutriSUS foi compreendido de diversas formas pelos gestores de unidade e agentes. Duas ideias principais foram identificadas: uma ação de combate à anemia e introdução de complemento alimentar. E observou-se, ainda que de forma menos expressiva, a manifestação de desconhecimento quanto ao caráter preventivo da ação.

Dentre todas as definições dadas, aquelas em que os entrevistados relacionaram a Estratégia com o combate a anemia compreendem o principal objetivo da Estratégia. A definição “introdução de um complemento alimentar”, dada pela maior parte dos entrevistados, ainda que não transmitindo o entendimento de que o combate a anemia é o foco principal, mantêm a compreensão parcial dos objetivos da estratégia.

Havia duas interpretações entre as respostas que trazem a estratégia como um complemento alimentar. A primeira afirmava que a presença desses micronutrientes é algo bem-vindo na alimentação das crianças por acrescentar algo saudável. Já a segunda trazia a ideia de que o sachê é a fonte dos nutrientes que as crianças necessitam para seu desenvolvimento.

Foi possível observar, ainda que em minoria, incompreensão quanto ao caráter de prevenção, diante de falas que traziam o propósito de que a

fortificação estaria orientada para cura ou tratamento de problemas existentes. Essa inclinação é observada com maior frequência quando identificada requisição de acompanhamento médico, por parte dos entrevistados.

A compreensão do objetivo da Estratégia é um fator importante para dar seguimento à implementação sem maiores distorções e dificuldades. No contexto observado, esse princípio já se apresenta incompleto diante dos responsáveis, o que demonstra influenciar a prática (Ávila, 2004).

4.2.2 É necessário, mas...

“Tem tudo para dar certo, mas precisa ser mais bem trabalhado” (Q1S-A)

Entre todos os grupos entrevistado há a consideração da Estratégia como uma ação coerente à necessidade das crianças e demonstram conhecimento a respeito da demanda da faixa etária do público alvo e dessa forma admitem ser um projeto interessante. Houve o reconhecimento de que a administração dos sachês traria resultados positivos à saúde das crianças, uma vez que a alimentação em casa pode não ser suficiente e de qualidade para fornecer todos os micronutrientes.

Apesar disso, os obstáculos presentes durante a execução trazem limitação ao interesse e dedicação ao projeto. Ainda que coerente, interessante e necessário foi possível observar o descontentamento dos gestores municipais e das UEI diante de uma administração ineficiente e que não instaura a viabilidade para continuação.

Assim como visualizado na Estratégia, a limitação na diligência pode existir, pois os implementadores estão na linha de frente expostos a uma série de dificuldades. Muitas vezes, estes se deparam com escassez de recursos e obstáculos não previstos na execução de uma política, fazendo com que sejam moldadas suas decisões a partir do cenário encontrado (Oliveira, 2012).

Quando questionados sobre suas opiniões a respeito da relevância que a fortificação teria para a saúde das crianças, 60% dos gestores de unidade (n=9) e a mesma porcentagem de agentes (n=6) afirmaram ser importante. Os demais gestores de unidade que responderam essa questão (40%, n=6), um não acreditava na relevância da estratégia para a saúde devido à falta de comunicação e de participação do setor de saúde, dois devido a não continuidade

da estratégia e outro devido a descrença na composição da fortificação. Ainda houve dois entrevistados que não foram categóricos e responderam que depende dos cuidados oferecidos pela mãe e da comunidade a ser aplicada e o segundo acreditaria apenas diante de orientação médica. Já entre os 40% (n=4) de agentes restantes, metade respondeu de forma negativa e a outra metade não foi categórica quanto a resposta. As respostas negativas foram justificadas por ainda ter dúvidas e ter apresentado reação adversa e outro por acreditar na necessidade de orientação médica. Entre as respostas evasivas, os agentes justificaram que apenas acreditariam diante de orientação médica.

Ainda que haja influência do entendimento da necessidade de uma fortificação para alimentação das crianças e confiança de que seja relevante para a saúde, a implementação não conseguiu transmitir totalmente o intuito da estratégia e sanar todas as dúvidas geradas, originando hesitação devido aos obstáculos.

4.2.3 Dúvidas geram insegurança

"Tinha necessidade de mais informação" (Diário-U14)

Uma das temáticas mais presentes nas entrevistas era com relação às dúvidas que se mantiveram durante e após a implementação quanto à eficácia e segurança da fortificação com micronutrientes em pó, tanto dos gestores municipais quanto dos gestores de unidade e agentes. Diante de tantas dúvidas, havia um questionamento quanto à eficácia da fortificação por alguns entrevistados que hesitavam em afirmar que havia relevância para a saúde das crianças uma vez que não se sentiam confiantes quanto às informações recebidas.

De acordo com as entrevistas realizadas, 56% das UEI declararam ter algum caso de reação adversa, porém, sem aparente confirmação da relação com a fortificação. Ainda que exista a possibilidade da ocorrência de diarreia, pode haver associação à fortificação como consequência da falta de explanação sobre a Estratégia.

O conteúdo do sachê utilizado para a fortificação da alimentação não foi suficientemente esclarecido, com suas devidas funções e efeitos no organismo da criança. Diante disso e da informação de que poderia haver reações à

fortificação, gestores municipais e de unidade e agentes demonstraram receio em administrar temendo pela segurança dos alunos. O receio e a desinformação geraram resistência mesmo antes de iniciar a execução, gestores de unidade com receio de inserir em suas UEI, funcionários com dificuldade em aceitar a função de administrar os sachês e até mesmo alguns relatos sobre o questionamento dos pais com relação à necessidade da fortificação.

A suspeita com relação a efetividade e segurança da fortificação com micronutrientes em pó também foi observada em avaliação qualitativa da ação realizada no Quênia, principalmente devido à falhas na introdução do projeto que deixou poucas informações e muitas dúvidas quanto ao objetivo e origem dos MNP (Kodish et al., 2011).

Nas experiências com ações envolvendo a administração de MNP em outros países como Nepal, Indonésia, Filipinas, Mongólia, Quirguistão, Afeganistão e Bolívia, é pontuada a importância da comunicação bem-sucedida para a apresentação da estratégia à população que irá receber e administrar os micronutrientes. Tudo deve ser pensado, desde o nome atribuído até a embalagem, passando pela campanha de apresentação e treinamento, para que a proposta seja clara e as informações acessíveis de forma que seja possível que todas as dúvidas e preocupações sejam facilmente atendidas (de Pee et al, 2013).

Alguns estudos realizados com educadores de UEI reconhecem que não há grande disponibilidade de treinamentos voltados para a saúde da criança no ambiente de trabalho, fazendo com que os conhecimentos adquiridos por eles advenham do senso comum e experiência de vida ou de sua formação, quando existente. A não incorporação da temática saúde da criança como parte da instrução daqueles que trabalham com esse público alvo, pode ter por consequência a desinformação a respeito das doenças prevalentes na infância, seus motivos, formas de prevenção e tratamento (Alves, 2006; Teixeira-Palombo e Fujimori 2006).

Os entrevistados demonstraram ter necessidade de mais informação e consciência de que isso poderia contribuir para eliminar a descrença, medo ou resistência à administração do sachê. Há a possibilidade de que a falta de esclarecimento não seja apenas a respeito de conscientização e operacionalização da Estratégia, mas também quanto a toda complexidade da

iniciativa, pois é necessário compreender o contexto em que está sendo inserida uma ação que objetiva intervir na saúde das crianças.

4.2.4 Setor de Saúde como segurança

“É preciso orientação médica” (Q3-U9)

De acordo com o observado, é possível que a insegurança por falta de informação tenha gerado como consequência maior requisição da presença do setor de saúde, por acreditarem que eles seriam capazes de endossar a segurança da fortificação para todas as crianças. Essa requisição foi expressada a partir das falas de gestores de unidade e agentes que sentiam necessidade de realização de exames, solicitavam acompanhamento médico das crianças ou até mesmo prescrição do pediatra para a participação da Estratégia. O que demonstra recusa da escola em assumir essa responsabilidade que, diante das respostas, era muito grande.

A introdução dos MNP já encontra barreiras por ser uma forma nova de fortificação, porém é identificado maior zelo quando o público alvo são crianças pequenas devido à preocupação natural de adequação que recai sobre qualquer produto acrescentado à alimentação infantil (de Pee et al., 2013).

A incompreensão do conteúdo da fortificação e da proposta da Estratégia se encontra mais uma vez presente por trás dessa exigência de presença do setor de saúde, pois os gestores de unidade e agentes não acreditam na adequação e segurança para todas as crianças e por esse motivo é transferida a responsabilidade de maior assistência.

Solicitar o setor de saúde, seja através de prescrição ou presença, é algo intrínseco à rotina das UEI quando há necessidade de introdução de medicamentos e tratamentos ao longo do dia (Bógus et al. 2007). Diante disso, pode-se apreender que a fortificação foi compreendida como medicamento e, em consequência disso a saúde foi requisitada como parte de uma conduta arraigada ao ambiente escolar.

Muitas vezes, o acompanhamento solicitado pelos gestores de unidade e agentes, não era condizente com o previsto pela estratégia. A realização de exames ou a presença de um profissional de saúde dentro das UEI pode ser entendido como, novamente, falta de esclarecimento, mas também, como indícios da forma como seria melhor aceita a Estratégia.

4.2.5 Aqui não...

"(...) Mas talvez não para esse município, para o sudeste (...)" (Diário-Q1S-A)

A não compreensão do caráter de prevenção pode ter gerado também distanciamento e desinteresse sobre a Estratégia, fazendo com que eles afirmassem não ser necessária em seu local de atuação. Na opinião de gestores municipais e de unidade, as carências nutricionais estão concentradas apenas em algumas regiões do país, referindo-se ao norte e nordeste como aquelas que tem necessidade de intervenções, dessa forma, não seria interessante que fossem aplicadas nas demais.

A sensação de que a fortificação não se faz necessária, contudo, não reflete a realidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), a prevalência de anemia em crianças de 6 a 59 meses na região sudeste é de 22,6% enquanto no nordeste é de 25,5% e no norte 10,4%, o que reforça o fato de que os agentes se basearam em senso comum para ser contra uma estratégia de combate a anemia na região sudeste (Ministério da Saúde, 2009).

Foi exposta também a opinião, por parte dos gestores municipais e de unidade, de que os municípios A e B não teriam a necessidade de receber a fortificação, pois o fato de já existir alimentação nas UEI seria suficiente e ainda que exista carência não seria necessária, mas sim em municípios com maior carência. Ainda que os municípios participantes da pesquisa de fato ofereçam a alimentação nas UEI, esse não é um indicador de que as necessidades nutricionais estão sendo supridas. Em estudo realizado no município A, com 531 crianças de 6 a 24 meses, de diferentes regiões, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi encontrado prevalência de 50,5% das crianças com Hb <11,0 g/dL (Bettini, 2010).

Com relação a ser favorável quanto a implementação em cada UEI, pôde-se entrar em contato com essa mesma opinião direcionada às regiões do município, desse modo os gestores de unidade e agentes de algumas UEI não consideravam válido que a Estratégia fosse implementada em todo o município por acreditarem que não há carência presente na totalidade. Entre os gestores de unidade 20% responderam negativamente com relação a ser favorável a implantação da Estratégia NutriSUS em sua unidade e entre os agentes, 30%. Os

motivos apresentados são a requisição para saber a necessidade da fortificação, declaração de falta de informação e inviabilidade.

4.3 Capítulo 3 – Ferramentas para o desenvolvimento

4.3.1 Obstáculos no caminho...

“(...)Talvez não para a creche devido a organização necessária” (Q2-U14)

Como já discutido anteriormente, a intersetorialidade está prevista na execução da Estratégia NutriSUS, porém não é uma atuação presente na forma de governar dos municípios acompanhados. Com isso, foi possível verificar que os entrevistados indicaram, muitas vezes, essa falha e consequentemente a deficiência na comunicação como limitação durante a implementação. De acordo com essa observação é possível relacionar outros obstáculos vivenciados como consequência de um trabalho fragmentado no qual não se unem esforços para um objetivo comum. Esteve presente constantemente nas entrevistas a opinião de que a forma de implementação e o que eles trazem como gerenciamento e organização eram grandes problemas.

É descrito pelo Manual Operacional da Estratégia NutriSUS (2015) que qualquer profissional que acompanhe o momento de refeição das crianças poderia ser responsável pela administração do sachê, cabendo essa indicação aos GTI-M em conjunto aos gestores de unidade. O que não era previsto e que pôde ser observado no município B foi a manifestação de conflito para essa atribuição de função. A princípio foram indicadas as merendeiras, porém a decisão precisou ser revista após contestação se seria ou não parte de seu trabalho. Ao que foi cogitado os educadores para assumir essa tarefa e que também levantou questionamentos. Sendo por fim acordado que cada UEI se organizaria quanto a distribuição de funções que melhor fosse aceita pelos funcionários.

Essa discussão para atribuição de funções é apenas um exemplo da diversidade de decisões e métodos executados de formas diferentes de acordo com o local de implementação da estratégia, entendendo local como estado e município respondendo de acordo com a sua governança atual. Considerar que os municípios têm seu grau de autonomia e poder decisório é compreender um outro fator influenciador na implementação de uma política e passar a ampliar a complexidade desse processo (Souza, 2005). Essa heterogeneidade entre os municípios foi

observada em diversas etapas do estudo a partir da forma como eram realizados os contatos, por quem, em qual setor da prefeitura, quem era apresentado como responsável pela Estratégia, a quem respondiam as UEI, entre outras.

Foi identificado também que os agentes sentiram necessidade de maior sensibilização principalmente dos pais para adesão à estratégia. Aparentemente não houve tempo suficiente para que fosse trabalhado o tema e introduzido a Estratégia para conhecimento e segurança dos pais, foi realizada apenas uma reunião para informar e obter a autorização daqueles interessados que o filho participasse. Alguns agentes relataram pequena adesão e outros comentaram sobre a desistência dos pais ao longo da execução.

Aqueles que conseguiram a autorização dos pais e iniciaram a administração da fortificação se depararam com outras dificuldades advindas do local de ação da Estratégia: o ambiente da educação infantil e suas particularidades. As UEI oferecem cuidados diversos à criança além da educação, entre eles alimentação, higiene e descanso necessário para a faixa etária, o que traz uma complexidade maior a esse ambiente.

Os agentes com frequência relataram tempo insuficiente para administrar mais uma tarefa dentro do cronograma já estabelecido, além do espaço limitado no local de confecção e distribuição da alimentação, principalmente quando essa função era realizada por outro funcionário externo à cozinha, o que ocorreu em 50% dos casos.

A atenção necessária à administração da fortificação solicitada pelo manual operacional, como adicionar diretamente ao prato da criança e se certificar de que ela coma primeiramente a parte que contém os micronutrientes (Ministério da Saúde, 2015), foi algo questionado. Posto que a rotina da educação infantil é bastante complexa e que a quantidade de crianças pelas quais os agentes precisam se responsabilizar limita a atenção especial requisitada para estes procedimentos.

O horário da alimentação nas UEI é considerado, pelos educadores, uma das atividades de maior dificuldade, pois há manifestações de recusa da criança a se alimentar, além de ser um momento geralmente acompanhado de preocupação com relação ao tempo disponível e organização das turmas (Bógus et al., 2007; Veríssimo e Fonseca, 2003). As crianças demandam muito dos cuidadores na hora da alimentação, os quais demonstram muitas vezes insucesso em atender

particularidades e necessidades destas, uma vez que as atribuições da rotina diária demandam cumprimento de tarefas e horários rigorosos (Monção, 2017).

Outro fator citado pelos gestores de unidade e agentes como uma dificuldade a ser considerada e uma possível característica das crianças na faixa etária atendida pela Estratégia NutriSUS é o absenteísmo seja causado pelo adoecimento do aluno ou por qualquer outro motivo.

Foi identificado que havia gestores municipais e de unidade e agentes contrários a Estratégia ser executada na escola principalmente devido às dificuldades encontradas. Outros que sugerem que a Estratégia poderia acontecer desde que acompanhada de uma equipe direcionada para a execução dentro das unidades como solução ao acúmulo de funções pelos funcionários da unidade, para dessa forma apresentar uma execução mais efetiva, próxima ao objetivo proposto.

4.3.2 Quanto a experiência vivida...

“A ideia é boa, interessante, mas incompleta” (Q2-U19)

Uma opinião recorrente dos entrevistados que passaram pela experiência de conhecer e executar a Estratégia NutriSUS é a de que deveria ser administrado pela família e não na escola. Pois como discutido anteriormente exige uma adaptação e atenção, além de considerarem uma responsabilidade grande diante da intervenção na saúde das crianças.

O ponto de uso dos micronutrientes em pó varia de acordo com as decisões do país no qual é implementado, sendo a maior parte das experiências realizadas pela distribuição em postos de saúde, mas também existem locais que distribuem em conjunto às cestas básicas para ser administrado pelos cuidadores das crianças ou incluído na alimentação em escolas como no Brasil (de Pee et al., 2013).

Diversos pontos e formas de distribuição estão aliadas a múltiplos delineamentos de execução. Estudo realizado com o objetivo de buscar experiências de implementação dos micronutrientes em pó indica que há benefícios em introduzir a administração dos micronutrientes em políticas públicas já existentes. Porém, acrescenta que há o reconhecimento de que essas políticas podem estar ainda em construção (Schauer et al., 2017).

Houve relatos de agentes acrescentando às dificuldades já citadas com relação a hora da alimentação e as adequações à execução da Estratégia o fato de

que as crianças demonstraram identificar a presença dos micronutrientes em pó na comida e isso gerou rejeição em alguns casos. Porém há necessidade de maiores estudos voltados para essa característica, pois uma das propostas da fortificação com micronutrientes em pó é a de conferir pequena mudança de sabor ou textura à comida, além de proporcionar menos efeitos adversos, diferente dos métodos de suplementação de ferro via oral que podem ser ainda menos palatáveis e gerar efeitos gastrointestinais (Cançado, 2010; De-regil, 2011).

Após as adaptações realizadas e a execução efetuada os municípios participantes da pesquisa não fizeram nova adesão à Estratégia NutriSUS para o próximo ano, o que gerou mais críticas à ação. Principalmente entre os implementadores diretamente ligados à execução nas UEI propagou-se a imagem de uma intervenção que não tem continuidade e por consequência se reproduz uma visão de não ter finalidade a realização.

A finalização precoce da Estratégia impossibilitou a visualização e/ou apresentação do resultado da intervenção diretamente na saúde das crianças. Os agentes das UEI colocam como “sem resultado” ou “não se sabe como a criança ficou” e que recai diretamente não só sobre a imagem que a Estratégia NutriSUS deixa nesses locais como também gera um descrédito com a sociedade para futuras experiências.

Há linha tênue entre as críticas relacionadas diretamente à proposta da Estratégia NutriSUS e àquelas que se encontram dentro das particularidades de implementação de cada município, ambas presentes no estudo. Claramente todas elas são visualizadas a partir da implementação, porém devem ser discutidas e estudadas para então serem geradas considerações que mantém o discernimento para a tomada de decisões sobre a Estratégia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia NutriSUS na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) foi considerada uma experiência negativa pelos implementadores e não deixou oportunidade para reconsideração, uma vez que a adesão para um novo ano não foi realizada. Houve, porém, um reconhecimento de que o público infantil tem necessidades nutricionais específicas que podem não ser supridas pela alimentação quando oferecida de forma inadequada ou insuficiente. Assim como também houve quanto ao potencial que a Estratégia NutriSUS tem para alcançar essas necessidades.

Duas questões foram importantes influenciadoras das considerações negativas quanto a essa experiência: a falta de intersetorialidade e a comunicação malsucedida para a introdução da Estratégia. A primeira demonstra ser o reflexo de um modelo de governança segmentada arraigado nas organizações políticas do país. Ainda que haja esforço para que as políticas públicas sejam formuladas objetivando a intersetorialidade, os locais de ação, como a RMBS, podem não dispor de estrutura disponível para efetuar-las. A segunda questão é relacionada à necessidade de sensibilização para introdução de uma nova intervenção. Os resultados demonstraram resistência e insegurança como consequência das dúvidas não sanadas em um primeiro momento. A resposta dos implementadores refletia a experiência como uma desordem permeada por preocupação.

A avaliação dessa experiência de implementação construiu hipóteses sobre a recepção e construção da Estratégia NutriSUS pelos implementadores da RMBS e oferece ferramentas para o desenvolvimento dessa política pública, além de servir como fundação para novas avaliações.

De acordo com Guba e Lincoln (1989), os resultados de uma avaliação não são descrições do “modo como as coisas realmente são”, “realmente funcionam” ou algum “verdadeiro” estado das coisas, mas sim representam as construções significativas que os atores ou grupos formam para “fazer sentido” a situação em que se encontram”.

6 REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Nutritional anaemias. Report of a WHO group of experts. [Internet]. Vol. 503, World Health Organization - Technical Report Series. Geneva; 1968. p. 1–29. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40707/1/WHO_TRS_405.pdf
2. Nogueira NN, Santos MM. Anemias Nutricionais. In: Silva SMCS, Mura JDP, editors. Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia. 2ª edição. São Paulo: Roca; 2013. p. 583–9.
3. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, et al. Iron requirements of infants and toddlers. J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2014;58(1):119–29. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24135983>
4. Lacerda EM de A. Deficiência de Ferro no grupo Materno-infantil. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EM de A, editors. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica, Guanabara Koogan; 2009. p. 39–56.
5. Lozoff B. Iron deficiency and child development. Food Nutr Bull [Internet]. 2007;28(4 Suppl):S560-71. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/15648265070284S409>
6. Lacerda EM de A, Accioly E. Nutrição do Pré-escolar e do Escolar. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EM de A, editors. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica, Guanabara Koogan; 2009. p. 347–56.
7. Walker SP, Wachs TD, Grantham-Mcgregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. Lancet [Internet]. 2011;378(9799):1325–38. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60555-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60555-2/fulltext)
8. Sanghvi T, Ross J, Heymann H. Why is reducing vitamin and mineral deficiencies critical for development ? The links between VMDs and survival , health , education , and productivity. Food Nutr Bull [Internet]. 2015;28(1):167–73. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/15648265070281S206>
9. Sales MC, Pedraza DF. Parâmetros bioquímicos do estado nutricional de micronutrientes e seu significado para as ações de saúde pública. 2013;94–

103. Disponível em:
http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/12065/pdf_9
10. Organização Mundial da Saúde. the Global Prevalence of Anaemia in 2011. WHO Rep [Internet]. 2015;48. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf?ua=1
 11. DeMaeyer E, Dallman P, Gurney J, Hallberg L, Sood S, Srikantia S. Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care: A guide for health administrators and programme managers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1989. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9241542497/en/
 12. Fundo das Nações Unidas para a Infância; Universidade das Nações Unidas; Organização Mundial da Saúde. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control: A guide for program managers [Internet]. World Health Organization; 2001. p. 114. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/
 13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar [Internet]. 2ª edição. Brasília; 2015. 184 p. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>
 14. Hug L, Sharrow D, Sun Y, Marcusanu A, You D, Mathers C, et al. Levels & Trends in Child Mortality Child Mortality Report 2017 Organizations and individuals involved in generating country-specific estimates of child mortality United Nations Children's Fund Special thanks to the Technical Advisory Group of the UN I. 2017; Disponível em:
[http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME report 2017 child mortality final.pdf](http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf)
 15. Organização Mundial da Saúde. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington D.C. 2008;26. Disponível em:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Indicators+for+assessing+infant+and+young+child+feeding+practices#0>
 16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações

- Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Vol. 85, *Jornal de Pediatria*. 2009. 181-182 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: Ciclos de vida: Brasil e grande regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 90 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
 18. Lacerda EM de A, Accioly E. Alimentação Complementar do Lactente. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA, editors. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica, Guanabara Koogan; 2009. p. 305–18.
 19. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2004 Nov [cited 2015 Nov 16];80(5):s131–41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a04>
 20. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JA de AC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 16];93–104. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100093
 21. Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 30. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
 22. Organização Mundial da Saúde. Global Nutrition targets 2015 Anaemia Policy Brief. *Glob Nutr Targets 2025* [Internet]. 2014;2:8. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_anaemia/en/
 23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução - RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Regulamento Técnico para Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico [Internet]. *Diário Oficial da União* 18 dez 2002; 2002. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/ferro/resolucao_rdc344_2002.pdf

24. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.793, de 11 de agosto de 2009. Institui a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. [Internet]. Diário Oficial da União 12 ago 2009; Seção 1; 2009. Disponível em:
http://189.28.128.100/nutricao/docs/ferro/portaria1793_2009_comissao_fort.pdf

25. Sayuri APS, Fujimori E, Szarfarc SC, Sato JR, Bonadio IC. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. Esc Enferm [Internet]. 2008;17(3):474–81. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a08v17n3.pdf>

26. Sato APS, Porto E, Brunken GS, Fujimori E, Leone C, Szarfarc SC. Anemia e nível de hemoglobina em gestantes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, antes e após a fortificação compulsória de farinhas com ferro e ácido fólico, 2003-2006. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2015;24(3):453–64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00453.pdf>

27. Assunção MCF, Santos SI, Barros AJD, Gigante DP, Victora CG. Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré- escolares , Pelotas , RS. Rev Saúde Pública [Internet]. 2007;41(4):539–48. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/6218.pdf>

28. Uchimura TT, Fujimori E, Nishida FS, Batista G, Veloso L, Szarfarc SC. Níveis de hemoglobina e prevalência de anemia em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde , antes e após a fortificação das farinhas com ferro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2013;16(2):535–45. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00535.pdf>

29. Souza Filho MD de, Damasceno CVX, Szarfarc SC, Fujimori E, Araújo AA de M, Moreira-Araújo RS dos R. Fortificação das farinhas com ferro e controle da anemia em gestantes de Teresina, Piauí, Brasil. Rev Nutr [Internet]. 2011;24(5):679–88. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n5/a02v24n5.pdf>

30. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 29. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf

31. Cembranel F, Dallazen C, González-Chica DA. Efetividade da suplementação

- de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças : revisão sistemática da literatura e metanálise. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(9):1731–51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a14v29n9.pdf>
32. Cançado RD, Lobo C, Friedrich JR. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via oral. *Rev Bras Hematol Hemoter* [Internet]. 2010;32(55 11):114–20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop62010.pdf>
 33. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920 de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Ministério da Saúde, 6 set 2013; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
 34. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Ministério da Saúde, 25 jun 2011; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 35. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 1: histórico e implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 78 p. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1_ihac_alta.pdf
 36. Ministério da Saúde. Portaria nº 322 de 26 de maio de 1988. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano [Internet]. Ministério da Saúde; 1988. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf
 37. Ministério da Saúde. NutriSUS - Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_operacional_nutrisus.pdf
 38. Organização Mundial da Saúde. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44651/1/9789241502047_eng.pdf

39. Home Fortification Technical Advisory Group (HF-TAG). Programmatic Guidance Brief on Use of Micronutrient Powders (MNP) for Home Fortification. 2009;64. Disponível em:
https://www.unicef.org/nutrition/files/HFTAG_Micronutrient_Powder_Program_Guidance_Brief.pdf

40. De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011;(9):87. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008959.pub2/full>

41. UNICEF. Annual Results Report Nutrition 2016. 2017;93. Disponível em:
www.unicef.org

42. de Pee S, Flores-Ayala R, Elena Jefferds M. Home Fortification with Micronutrient Powders (MNP). Sight Life. 2013;25–6.

43. Cardoso MA, Augusto RA, Bortolini GA, Oliveira CSM, Tietzman DC, Sequeira LAS, et al. Effect of Providing Multiple Micronutrients in Powder through Primary Healthcare on Anemia in Young Brazilian Children: A Multicentre Pragmatic Controlled Trial. PLoS One [Internet]. 2016;11(3):e0151097. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0151097>

44. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. 2012. 84 p.

45. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Passo a Passo Programa Saúde na Escola - Tecendo Caminhos da Intersetorialidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 46. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf

46. Ministério da Saúde. Caderno Do Gestor do Programa Saúde na Escola [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2015. p. 68. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/caderno_gestor_pse

47. Casemiro JP, Fonseca ABC da, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(3):829–40. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>

48. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 114 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

49. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653199&indexSearch=ID>

50. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: Uso de formulações em pó de múltiplos micronutrientes para fortificação caseira de alimentos consumidos por bebês e crianças de 6 23 meses de vida [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_06_24_meses.pdf

51. Castro CLF De, Gontijo CRB, Amabile AEDN. Dicionário de políticas públicas. Univ do Estado Minas Gerais [Internet]. 2012;484. Disponível em: <http://www.diap.org.br/index.php/publicacoes/finish/72-dicionario-de-politicas-publicas/378-dicionario-de-politicas-publicas>

52. Serafim MP, Dias R de B. Análise de Política: Uma Revisão da Literatura. Cad Gestão Soc [Internet]. 2012;3(1):121–34. Disponível em: www.cgs.ufba.br

53. Lima LL, Ascenzi LD. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. Rev Sociol e Política [Internet]. 2013;21(48):101–10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>

54. Silva PLB, Melo MAB de. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Nepp- Unicamp [Internet]. 2000;(48):1–17. Disponível em: https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf

55. Ramos MP, Schabbach LM. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. Rev Adm Pública [Internet]. 2012;46(5):1271–94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n5/a05v46n5.pdf>

56. Santos IS Dos, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad Saude Publica [Internet]. 2004;20:S337–41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/27.pdf>

57. Gasparini MFV, Bigoni A, Medeiros MAT de, Furtado JP. Evaluation practices in the field of Food and Nutrition Práticas. Rev Nutr [Internet]. 2017 Jun;30(3):391–407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732017000300391&lng=en&tlng=en
58. Trevisan AP, Van Bellen HM. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. Rev Adm Pública. 2008;42(3):529–50.
59. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos G, editor. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 221–46.
60. Magalhães R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(5):1339–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501339&lng=pt&tlng=pt
61. Cunha CGS da. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil [Internet]. George Washington University. 2006. p. 1–41. Disponível em: <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>
62. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.
63. Ministério da Saúde. NutriSUS - fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: Manual Operacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 52. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_operacional_nutrisus
64. Junqueira LAP. Novas Formas De Gestão Na Saúde : Descentralização E Intersetorialidade. Saúde e Soc [Internet]. 1997 Dec;6(2):31–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=pt&tlng=pt
65. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública [Internet]. 2002;34(6):35–45. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346/4931>
66. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI dos, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das

- experiências. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(103):966–80. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140083>
67. Sousa MC de, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Jun;22(6):1781–90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=pt&tlng=pt
 68. Farias ICV de, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, Menezes Filho A, Farias ICV de, Franco de Sá RMP, et al. Análise da Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016 Jun;40(2):261–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=pt&tlng=pt
 69. Ornelas AL, Teixeira MGC. Intersectorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Sep;39(106):659–70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300659&lng=pt&tlng=pt
 70. Passone EFK, Perez JRR. Psicologia e Análise de Implementação de Políticas Públicas: um diálogo interdisciplinar. *Psicol Ciência e profissão* [Internet]. 2013; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300008
 71. Kodish S, Rah JH, Kraemer K, De Pee S, Gittelsohn J. Understanding low usage of micronutrient powder in the Kakuma refugee camp, Kenya: Findings from a qualitative study. *Food Nutr Bull* [Internet]. 2011;32(3):292–303. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/156482651103200315>
 72. Dalfior ET, Lima R de CD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 Mar;39(104):210–25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100210&lng=pt&tlng=pt
 73. Bógus CM, Nogueira-Martins MCF, De Moraes DEB, Taddei JADAC. Cuidados oferecidos pelas creches: Percepções de mães e educadoras. *Rev Nutr* [Internet]. 2007;20(5):499–514. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a06v20n5.pdf>

74. Monção MAG. Cenas do cotidiano na educação infantil: desafios da integração entre cuidado e educação. Educ e Pesqui [Internet]. 2017 Mar;43(1):162–76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022017000100162&lng=pt&tlng=pt
75. Ferreira V da RS, Medeiros JJ. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. Cad EBAPEBR [Internet]. 2016;14(3):776–93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14n3/1679-3951-cebape-14-03-00776.pdf>
76. Dalfior ET, Lima R de CD, Andrade MAC, Dalfior ET, Lima R de CD, Andrade MAC. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(spe):283–97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500283&lng=en&nrm=isso
77. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. NutriSUS - Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: Guia de Evidências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 52. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_evidencias_nutrisus
78. Ávila S de A. Análise do Processo de implementação do Profae: Insights para a construção de uma política pública inovadora de profissionalização em nível médio para o setor de saúde [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4857/2/669.pdf>
79. Oliveira A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. Rev Adm Pública [Internet]. 2012;46(6):1551–73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n6/a07v46n6.pdf>
80. Alves RCP. Percepções de educadoras e proposta institucional acerca dos cuidados infantis de saúde em creche [Internet]. Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7133/tde-17102006-130104/pt-br.php>
81. Teixeira-Palombo CN, Fujimori E. Conhecimentos e práticas de educadoras infantis sobre anemia. Rev Bras Saude Matern Infant [Internet]. 2006;6(2):209–16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30918.pdf>

82. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. São Paulo: CEBRAP. Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009. 302 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

83. Bettini RA. Prevalência de anemia e fatores de risco associados , em crianças de 06 a 24 meses no Município do Guarujá [Internet]. Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-23092010-105228/pt-br.php>

84. Souza RG de. Poder local e Implementação da política de saúde: Dilemas da Gestão Descentralizada [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4492/2/262.pdf>

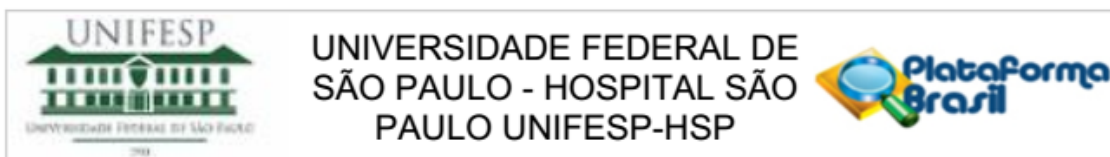
85. Veríssimo MDLÓR, Fonseca RMGS Da. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003;11(1):28–35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16556.pdf>

86. Schauer C, Sunley N, Hubbell Melgarejo C, Nyhus Dhillon C, Roca C, Tapia G, et al. Experiences and lessons learned for planning and supply of micronutrient powders interventions. Matern Child Nutr. 2017;13(June):1–18.

87. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Sage Publications, Inc.; 1989.

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação do NutriSUS - Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó

Pesquisador: Gabriele Caldas de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54163916.8.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.517.378

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendencia apontada no parecer 1.481.334 de 6/4/2016

Projeto CEP/UNIFESP n: 0242/2016

A anemia é um problema de saúde pública no mundo que afeta principalmente gestantes e pré-escolares, entre as possíveis causas, a deficiência de ferro é a principal. As crianças até 2 anos de idade estão mais susceptíveis a serem enquadradas na deficiência de ferro devido ao aumento da demanda, uma vez que esse é um período de rápido crescimento e desenvolvimento. Para além das políticas públicas que envolvem o incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada, que são as principais ações protetoras da saúde da criança, é implantado no Brasil o NutriSuS: Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó? para crianças de 6 a 48 meses no ambiente escolar visando combater a anemia e outras carências nutricionais através da administração de sachês de micronutrientes em pó diretamente na refeição a ser servida. O presente estudo tem como objetivo avaliar a implementação da Estratégia NutriSUS:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

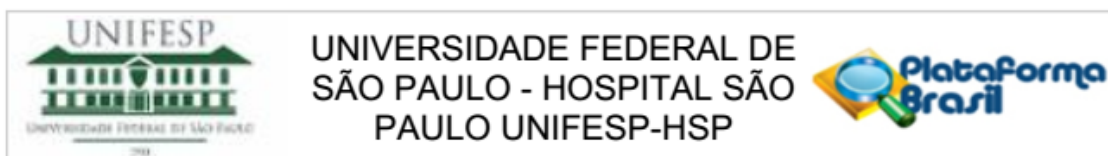
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.517.378

fortificação com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó nas creches da região da Baixada Santista através de questionários aplicados nos municípios e creches participantes buscando observar a interlocução entre o setor de saúde e de educação nos municípios participantes e o treinamento e compreensão da equipe das creches para a implementação da Estratégia NutriSUS.

Objetivo da Pesquisa:

- Hipótese: Através da avaliação de políticas e programas é possível visualizar as barreiras que impedem ou trazem maior dificuldade para alcançar os objetivos existentes. A presente pesquisa, como avaliação da implementação da Estratégia NutriSUS pretende, dessa forma, identificar as dificuldades existentes na operacionalização da Estratégia e

trazer ferramentas para auxiliar os gestores e idealizadores da política a conduzi-la de forma que possibilite o alcance dos objetivos com maior eficiência.

-Objetivo Primário: Avaliar a implementação da Estratégia NutriSUS: fortificação com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó nas creches da região da Baixada Santista. -Objetivo Secundário: Avaliar a interlocução entre o setor de saúde e de educação para implementação da Estratégia nos municípios participantes; Avaliar o treinamento e compreensão da equipe das creches para a implementação da Estratégia NutriSUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de resposta de pendência apontada no parecer 1.481.334 de 6/4/2016

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta de pendência apontada no parecer 1.481.334 de 6/4/2016

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta de pendência apontada no parecer 1.481.334 de 6/4/2016

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta de pendência apontada no parecer 1.481.334 de 6/4/2016

1- Em relação ao orçamento: foi informado que o custo do projeto será de R\$ 0,00. Lembramos que nenhum projeto de pesquisa pode ter custo 0,00. Sempre há custos, por mínimos que sejam.

Neste caso, por exemplo, haverá pelo menos custos de material de escritório e informática.

2- Será necessário enviar carta de ciência/Autorização do responsável pela creche ou autorização da Secretaria Municipal de Educação, a respeito da pesquisa.

3- Rever a informação dada, no campo Riscos, que indica que a pesquisa não pode causar riscos.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

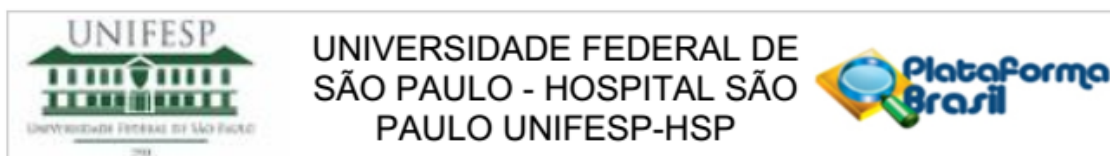
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.517.378

Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista pode causar algum constrangimento do participante.

4-Em relação ao TCLE: a)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra cópia), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

5- Detalhar no TCLE a duração de cada questionário. 6- Esclarecer se os questionários são validade. 7) Anexar os questionários ao projeto

PENDENCIAS ATENDIDAS E DETALHADAS NO ARQUIVO RESPOSTA_PARECER DOCX

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_667711.pdf	18/04/2016 16:50:33		Aceito
Outros	Repostas_parecer.docx	18/04/2016 16:49:53	Gabriele Caldas de Oliveira	Aceito
Outros	Questionarios_AvalNutriSUS.pdf	18/04/2016 16:45:54	Gabriele Caldas de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_posParecer.pdf	18/04/2016 16:43:26	Gabriele Caldas de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_GCO.pdf	09/03/2016 14:49:32	Gabriele Caldas de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	20160307112127.pdf	09/03/2016 14:48:21	Gabriele Caldas de Oliveira	Aceito

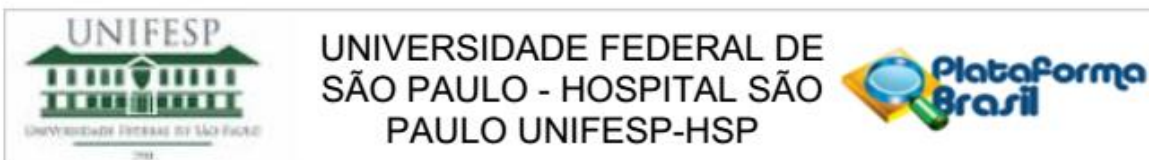
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.517.378

SAO PAULO, 26 de Abril de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de São Paulo *Campus Baixada Santista*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa “Avaliação da implementação do NutriSUS - Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó” tem como objetivo avaliar a implementação da Estratégia NutriSUS nas creches da região da Baixada Santista para que seja possível oferecer informações para seu desenvolvimento e dessa forma a realização da Estratégia NutriSUS com mais eficiência.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que consiste em uma avaliação, dessa forma serão realizados quatro questionários durante a avaliação, o primeiro será aplicado com os principais responsáveis pela atuação conjunta entre Unidade de Saúde e Escola no município, para cada responsável será utilizado aproximadamente 15 minutos para responder as questões, em seguida, pretende-se visitar cada creche que estiver dentro dos critérios de inclusão com a intenção de aplicar três questionários que constituirão também a avaliação. Essa visita será realizada de modo que possa ser acompanhado um período de refeição da creche e ainda seja possível observar os procedimentos realizados para a execução da Estratégia por seus principais atores. Na creche será aplicado um questionário com o gestor, um questionário aplicado à pessoa responsável pela confecção e distribuição da comida às crianças e durante o tempo presente na creche será preenchido um questionário a partir da observação. Para os questionários direcionados ao gestor e a merendeira serão utilizados aproximadamente 15 minutos para cada participante responder as questões e o questionário de observação será preenchido durante toda a permanência no local, que poderá totalizar aproximadamente duas horas.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outras pessoas em nenhum momento. O (a) Sr. (Sra.) tem toda a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento sem penalização alguma.

Todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo.

O (a) Sr. (Sra.) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Da mesma forma, o (a) Sr. (Sra.) não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo.

A qualquer momento, se for de seu interesse, o (a) Sr. (Sra.) poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a respeito dos resultados gerais do estudo. Quando o estudo for finalizado, caso solicitado, serão informados os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr. (Sra.) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é **Gabriele Caldas de Oliveira** que pode ser encontrada na Universidade Federal de São Paulo *Campus Baixada Santista*, Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, no endereço: Rua Silva Jardim, nº 136 – Vila Mathias – Santos, telefone: (13) 3878-3700. Se o (a) Sr. (Sra.) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

O presente termo de consentimento livre e esclarecido se apresenta em duas vias originais, uma para o pesquisador e uma para participante.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da implementação do NutriSUS - Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó”. Eu discuti com a Gabriele Caldas de Oliveira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: ____/____/____

Nome do pesquisador principal

Assinatura

7.3 Anexo 3 - Questionário 1 (Saúde) – interlocução entre saúde e educação

1. Quais as políticas públicas direcionadas à prevenção e ao tratamento da anemia por deficiência de ferro existentes no município? Há adesão a essas políticas?

2. Qual a inserção do setor saúde na rede de educação no município?

3. Existe alguma política pública neste sentido?

4. Em que ano o Programa Saúde na Escola (PSE) foi inserido no município?

5. Quais foram as ações realizadas pelo PSE no município desde sua inserção?

6. Dessas ações, quais foram realizadas em conjunto?

7. Na sua opinião, o que é a Estratégia NutriSUS?

8. Qual o papel do setor de saúde na implementação da Estratégia NutriSUS?

9. Qual o papel do setor de educação na implementação da Estratégia NutriSUS?

10. Quem são os profissionais da saúde diretamente envolvidos com a Estratégia NutriSUS?

11. Recebeu treinamento para a implantação da Estratégia NutriSUS?

☐ Sim (Responder às questões 2 a 14)

☐ Não (Responder às questões 4 a 14)

12. Por quais profissionais foi ministrado o treinamento?

☐ Responsável técnico do PNAN

☐ Responsável técnico do PNAE

☐ Profissional de saúde

☐ Outro: _____

13. Entrou em contato com algum dos materiais listados abaixo?

☐ **NutriSUS – Manual Operacional** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **NutriSUS – Caderno de orientações** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **NutriSUS – Guia de Evidências** – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **Vídeo tutorial da Estratégia:** Vídeo ilustrativo de como deve ser desenvolvida a Estratégia, com apresentação de todas as etapas envolvidas.

☐ **Curso de autoaprendizagem a distância:** Trata-se de uma ferramenta de ensino a distância (realizado virtualmente) para os profissionais envolvidos com o NutriSUS. O curso conta com três módulos interativos para melhor compreensão sobre o desenvolvimento da Estratégia.

☐ Outros: _____

☐ Não teve contato com nenhum material.

14. Acredita que o treinamento tenha sido eficaz para o auxílio à implementação da Estratégia NutriSUS? Por que?

15. Quais as barreiras existentes para a implementação da Estratégia NutriSUS?

7.4 Anexo 4 - Questionário 1 (Educação)– interlocução entre saúde e educação

1. Quais as políticas públicas direcionadas à prevenção e ao tratamento da anemia por deficiência de ferro existentes no município? Há adesão a essas políticas?

2. Qual a inserção do setor saúde na rede de educação no município?

3. Existe alguma política pública neste sentido?

4. Em que ano o Programa Saúde na Escola (PSE) foi inserido no município?

5. Quais foram as ações realizadas pelo PSE no município desde sua inserção?

6. Dessas ações, quais foram realizadas em conjunto desde sua implantação?

7. Na sua opinião, o que é a Estratégia NutriSUS?

8. Qual o papel do setor de educação na implementação da Estratégia NutriSUS?

9. Qual o papel do setor de saúde na implementação da Estratégia NutriSUS?

10. Quem são os profissionais da educação diretamente envolvidos com a Estratégia NutriSUS?

11. Recebeu treinamento para a implantação da Estratégia NutriSUS?

- ☐ Sim (Responder às questões 2 a 14)
- ☐ Não (Responder às questões 4 a 14)

12. Por quais profissionais foi ministrado o treinamento?

- ☐ Responsável técnico do PNAN
- ☐ Responsável técnico do PNAE
- ☐ Profissional de saúde
- ☐ Outro: _____

13. Entrou em contato com algum dos materiais listados abaixo?

- ☐ **NutriSUS – Manual Operacional** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.
- ☐ **NutriSUS – Caderno de orientações** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.
- ☐ **NutriSUS – Guia de Evidências** – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.
- ☐ **Vídeo tutorial da Estratégia:** Vídeo ilustrativo de como deve ser desenvolvida a Estratégia, com apresentação de todas as etapas envolvidas.
- ☐ **Curso de autoaprendizagem a distância:** Trata-se de uma ferramenta de ensino a distância (realizado virtualmente) para os profissionais envolvidos com o NutriSUS. O curso conta com três módulos interativos para melhor compreensão sobre o desenvolvimento da Estratégia.
- ☐ Outros: _____
- ☐ Não teve contato com nenhum material.

14. Acredita que o treinamento tenha sido eficaz para o auxílio à implementação da Estratégia NutriSUS? Por que?

15. Quais as barreiras existentes para a implementação da Estratégia NutriSUS?

7.5 Anexo 5 - Questionário 2 – Caracterização da unidade e treinamento do gestor

1. Na sua opinião, o que é a Estratégia NutriSUS?

2. Recebeu treinamento para a implantação da Estratégia NutriSUS?

☐ Sim (Responder às questões 2 a 14)

☐ Não (Responder às questões 4 a 14)

3. Por quais profissionais foi ministrado o treinamento?

☐ Responsável técnico do PNAN

☐ Responsável técnico do PNAE

☐ Profissional de saúde

☐ Outro: _____

4. Entrou em contato com algum dos materiais listados abaixo?

☐ **NutriSUS – Manual Operacional** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **NutriSUS – Caderno de orientações** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **NutriSUS – Guia de Evidências** – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.

☐ **Vídeo tutorial da Estratégia:** Vídeo ilustrativo de como deve ser desenvolvida a Estratégia, com apresentação de todas as etapas envolvidas.

☐ **Curso de autoaprendizagem a distância:** Trata-se de uma ferramenta de ensino a distância (realizado virtualmente) para os profissionais envolvidos com o NutriSUS. O curso conta com três módulos interativos para melhor compreensão sobre o desenvolvimento da Estratégia.

☐ Outros: _____

☐ Não teve contato com nenhum material.

5. Há interlocução com os profissionais da saúde, responsável técnico do PNAN ou PNAE para execução da Estratégia NutriSUS?

☐ Sim

☐ Não

6. Se sim, com qual profissional? _____

7. Data de adesão à estratégia: _____

8. Quantos ciclos da estratégia já foram executados em sua unidade?
(Considerando ciclos de administração e pausa)

9. Qual foi a duração de cada ciclo?

10. Quantidade de crianças atendidas pela unidade por dia _____

11. Os pais e/ou responsáveis assinaram o termo de consentimento para que a criança faça uso dos sachês?

☐ Sim

☐ Não

12. Que outras informações são repassadas aos pais no momento da adesão à estratégia? _____

13. Quantidade de crianças da unidade que serão beneficiadas pela Estratégia NutriSUS _____

14. Quantidade de refeições servidas pela unidade por dia _____

15. Quantidade de funcionários _____

16. Quantidade de funcionários para auxiliar nos horários de refeição das crianças _____

17. Houve algum caso de reações adversas em alguma criança em uso do sachê desde a implantação da Estratégia NutriSUS?

☐ Sim _____

☐ Não

18. São exigidos relatórios após a adesão à estratégia NutriSUS?

☐ Sim _____

☐ Não

19. Acredita na relevância da Estratégia NutriSUS para a saúde das crianças?

☐ Sim

☐ Não _____

20. Você é a favor da Estratégia NutriSUS implantada em sua unidade escolar?

☐ Sim _____

☐ Não _____

7.6 Anexo 6 - Questionário3–Operacionalização da Estratégia

1. Qual a logística de entrega dos sachês na unidade escolar?

2. Frequência de entrega dos sachês.

- ☐ Semanal
- ☐ Quinzenal
- ☐ Mensal
- ☐ Período maior do que um mês

3. Há excedente ou falta de sachês durante o tempo de administração?

- ☐ Sim
 - ☐ Excedente
 - ☐ Falta
- ☐ Não

4. Qual o procedimento realizado com relação ao excesso ou falta?

5. Armazenamento adequado? (Área de acesso restrito às crianças, não refrigerada, previamente determinada)

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Destino adequado dos produtos com prazo de validade vencidos? (Encaminhados pela equipe de saúde à Vigilância Sanitária Municipal)

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Presença de recipiente “resíduos de serviço de saúde”?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Recolhimento dos recipientes “resíduos de serviço de saúde” pela equipe do serviço de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Uso da ficha de controle de distribuição dos sachês?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Respeito ao tempo do 1º ciclo (60 sachês administrados durante 60 dias)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
11. Respeito à quantidade de sachês administrados por dia (1 sachê/dia)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
12. Respeito ao tempo do 2º ciclo (3 a 4 meses de pausa)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
13. Público alvo adequado (crianças de 6 a 48 meses)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
14. Abertura do sachê realizada sem risco de contaminação (sem uso de facas, tesouras ou estiletes)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
15. Administração do sachê diretamente no prato da criança?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
16. Profissional responsável pela administração do sachê.
- ☐ Merendeira
- ☐ Professor
- ☐ Auxiliar
- ☐ Coordenador
- ☐ Diretor
- ☐ Outro: _____
17. Respeito ao tempo necessário entre a administração dos sachês e a oferta à criança (tempo máximo de 1 hora)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
18. Administração dos sachês nos alimentos adequados (arroz e feijão ou papas/purês de frutas ou legumes)?
- ☐ Sim
- ☐ Não _____
19. Oferta adequada à criança (início da oferta pelo alimento que contém os micronutrientes)?
- ☐ Sim
- ☐ Não

7.7 Anexo 7 - Questionário 4 – Treinamento do responsável pela administração do sachê

1. Na sua opinião, o que é a Estratégia NutriSUS?

2. Recebeu treinamento para a implantação da Estratégia NutriSUS?

- ☐ Sim (Responder às questões de 2 a 6)
- ☐ Não (Responder às questões 5 e 6)

3. Por quais profissionais foi ministrado o treinamento?

- ☐ Responsável técnico do PNAN
- ☐ Responsável técnico do PNAE
- ☐ Profissional de saúde
- ☐ Gestor da creche
- ☐ Professor
- ☐ Outro: _____

4. Teve contato com algum dos materiais listados abaixo?

- ☐ **NutriSUS – Manual Operacional** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (Sachê).
- ☐ **NutriSUS – Caderno de orientações** –Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (Sachê).
- ☐ **Vídeo tutorial da Estratégia:** Vídeo ilustrativo de como deve ser desenvolvida a Estratégia, com apresentação de todas as etapas envolvidas.
- ☐ **Curso de autoaprendizagem a distância:** Trata-se de uma ferramenta de ensino a distância (realizado virtualmente) para os profissionais envolvidos com o NutriSUS. O curso conta com três módulos interativos para melhor compreensão sobre o desenvolvimento da Estratégia.
- ☐ Outros: _____
- ☐ Não teve contato com nenhum material.

5. Se sente pronta para realizar a Estratégia NutriSUS?

- ☐ Sim
- ☐ Não _____

6. Você acredita que a Estratégia NutriSUS é importante para a saúde das crianças?

- ☐ Sim

☐ Não _____

7. Você é a favor da Estratégia NutriSUS implantada em sua unidade escolar?

☐ Sim _____

☐ Não _____

